10

DES TUMEURS

DU

CORDON SPERMATIQUE;

THESE

Présentée au concours pour une chaire de clinique chirurgicale
à la Faculté de médecine de Paris.

PAR M. MALGAIGNE,

AGRÉGÉ A CETTE FACULTÉ, MEMBRE DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE,
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS.

PARIS,

IMPRIMERIE ADMINISTRATIVE DE PAUL DUPONT,

Rue de Grenelle-Saint-Honoré, 55

—

1848

304851

WELLCOME LIBRARY INSTITUTE

DES TUMEURS

DU

CORDON SPERMATIQUE.

Le cordon spermatique s'étend de l'anneau inguinal interne à la partie supérieure du testicule. Ses éléments sont des vaisseaux afférents, des vaisseaux de retour, un canal excréteur, des nerfs, du tissu cellulaire et une enveloppe fibro-celluleuse. Les vaisseaux afférents sont : 1° l'artère *spermatique*, née de l'aorte ou de la rénale, spécialement destinée au testicule ; 2° l'artère *déférente*, née près du vestige ligamenteux de l'artère ombilicale et divisée en deux ordres de branches dont les unes descendent vers la vésicule séminale, les autres, remontant sur le canal déférent, se continuent dans toute la longueur du cordon spermatique ; 3° l'artère *crémastérique* ou *du cordon*, née de l'épigastrique au moment où celle-ci passe au côté interne de l'anneau abdominal.

Les vaisseaux de retour sont : 1° les *veines spermatiques*, en nombre variable, longues, molles, dépourvues de valvules ; 2° les *lymphatiques*, qui accompagnent les veines et vont se jeter dans les ganglions lombaires.

Le canal excréteur, dit *canal déférent*, est situé à la partie postérieure du cordon, et facile à dégager de la plupart des vaisseaux précédents.

Les nerfs sont : 1° le nerf *crémastérique*, branche de terminaison du nerf génito-crural, suivant l'artère spermatique ; 2° le *plexus spermatique*, fourni par le grand sympathique et accompagnant le canal déférent.

Le tissu cellulaire fait suite au tissu cellulaire sous-péritonéal, dont il semble un véritable prolongement entraîné par la descente du cordon et du testicule.

L'enveloppe fait suite de même au fascia transversalis, et figure un prolongement digitiforme de cette membrane. Cette enveloppe se continue sur la tunique vaginale même ; mais elle y adhère très-fortement, tandis qu'elle est séparée des éléments du cordon par un tissu cellulaire très-lâche. C'est pourquoi la plupart des tumeurs et des engorgements du cordon s'arrêtent à la partie supérieure du testicule, comme si là se terminait son enveloppe, bien qu'elle descende en réalité plus bas. Chez quelques sujets, elle présente même au bas du cordon un rétrécissement circulaire.

Enfin, il faut ajouter que dans les premiers temps de la vie, le cordon est parcouru par un canal séreux qui met en communication la tunique vaginale et le péritoine ; que ce canal s'oblitère à des époques très-variables, tantôt dans toute son étendue, d'autres fois dans un point seulement, et, dans quelques cas rares, en plusieurs points séparés qui laissent subsister entre eux de petites cavités séreuses : nouvel élément dont il faut tenir un compte sérieux.

Les choses étant ainsi, on voit déjà que le cordon peut être sujet à des tumeurs fort diverses, selon qu'il contient encore des vestiges de ce canal séreux, élément primordial condamné à disparaître ; ou bien qu'il a reçu sa constitution définitive. Un troisième ordre de tumeurs sont celles qui lui viennent du dehors, à qui il prête un domicile tantôt momentané, tantôt plus durable et même définitif ; par exemple, les hernies et les sacs herniaires ; et ces trois ordres de tumeurs semblent se ranger naturellement en trois chapitres bien distincts. Toutefois l'histoire des hernies inguinales, bien que la plupart constituent, à vrai dire, des tumeurs du cordon, est trop considérable par elle-même pour que j'aie eu seulement l'idée de la rattacher au sujet circonscrit que j'avais à élucider. J'imiterai l'usage suivi par tous les pathologistes qui ont sagement renvoyé à des articles ou à des traités spéciaux ce qui concerne les hernies, et je n'en parlerai qu'à titre de complication. Mon troisième chapitre ne traitera donc tout au plus que des sacs herniaires oblitérés et de quelques hernies adhérentes, qui, à cause de leurs adhérences mêmes, se rattachent de plus près aux véritables tumeurs du cordon.

CHAPITRE Ier.

DES TUMEURS DU CORDON SIÉGEANT DANS SON CANAL PÉRITONÉAL.

Le canal péritonéal peut livrer passage à des hernies qui descendent jusques dans la tunique vaginale, ou bien, si le canal est oblitéré dans quelque point au-dessous de l'anneau, qui s'arrêtent dans le cordon lui-même ; deux variétés que j'ai proposé de désigner sous les noms de *hernie vaginale testiculaire* et *hernie vaginale funiculaire*. A part ces hernies, le canal peut encore devenir le siége de tumeurs formées par une accumulation de liquide, ou des hydrocèles. Les hydrocèles du cordon se présentent eux-mêmes sous trois formes principales, selon

qu'ils sont en communication avec le péritoine, ou bien seulement en communication avec la tunique vaginale, ou tout à fait isolés de l'un et de l'autre.

1° *Hydrocèle du cordon communiquant avec le péritoine.*

Cet hydrocèle peut se développer dans le canal péritonéal oblitéré plus ou moins loin au-dessous de l'anneau, et gardant cependant encore une longueur suffisante pour offrir un réceptacle au liquide. C'est dans les mêmes conditions que se forme la hernie *vaginale funiculaire;* et si l'on songe que cette variété m'a paru plus commune que la hernie *vaginale testiculaire*, on peut s'étonner que l'hydrocèle en question ne soit pas plus fréquent. La plupart des auteurs ne paraissent pas cependant en avoir même soupçonné la possibilité; et je n'en saurais citer qu'un seul exemple. Il est dû à L. Nannoni.

Obs. Ire. — « Un enfant de 6 ans entra à l'hôpital de Santa-Maria-Nuova, à Florence, pour une affection regardée comme une hernie et spécialement comme un entérocèle. Quand on comprimait la tumeur, la matière qui la formait refluait dans l'abdomen; ce qui confirmait mon père dans cette idée qu'il s'agissait d'une hernie intestinale. Comme les parents désiraient beaucoup, et nous pareillement, voir l'enfant guéri de cette infirmité, nous tentâmes la cure radicale par la ligature du sac, méthode que mon père a fait revivre avec succès à Florence. Nous mîmes donc à découvert le prétendu sac herniaire, et l'ayant séparé des parties avec lesquelles il était uni, nous le liâmes aussi près que possible de l'anneau inguinal. L'inflammation qui suivit fut des plus vives, et se propagea promptement aux intestins; l'enfant succomba.

« Ayant ouvert l'abdomen et examiné les parties sur lesquelles avait porté l'opération, nous ne pûmes trouver le moindre indice d'une hernie intestinale. Il y avait un petit sac descendant de la partie interne de l'anneau inguinal jusques dans la tunique vaginale, à laquelle il adhérait et dont il avait été séparé dans l'opération. Ce sac était rempli de liquide; et ce liquide, refoulé à l'intérieur sous la compression du dehors, avait causé la méprise et fait croire à une hernie intestinale. »

Il me paraît difficile, malgré l'absence de quelques détails, de ne pas voir là un hydrocèle limité au cordon. Nannoni ne veut pas d'ailleurs qu'on le confonde avec l'hydrocèle congénial ordinaire.

« L'eau qui constitue l'hydrocèle de quelques enfants, ajoute Nannoni, reflue dans la cavité du ventre quand on comprime la tumeur, l'anneau inguinal étant resté ouvert. Mais le cas que je viens de rapporter est tout à fait différent des hydrocèles ordinaires, et j'espère avoir expliqué suffisamment ce qu'il avait de particulier (1). »

Il semble qu'il serait facile dans ces cas d'éviter l'erreur où est tombé Nannoni, par le ballottement du liquide dans la tumeur, par sa transparence, et surtout par l'absence du pédicule à la partie supérieure du cordon. Au reste, les ressources du diagnostic seraient les mêmes ici

(1) L. Nannoni, *Treatise of the hydrocele,* London, 1779.

que dans l'hydrocèle congénial ordinaire ; et le traitement ne différerait pas.

2° *Hydrocèle du cordon communiquant avec la tunique vaginale.*

Ceux-ci sont beaucoup plus fréquents ; tantôt ils se présentent sous l'aspect d'une tumeur uniforme, différant seulement de l'hydrocèle ordinaire parce qu'elle est ovoïde ou piriforme, avec sa petite extrémité en haut ; tantôt elle est partagée par un rétrécissement circulaire ou semi-circulaire, et la tumeur supérieure est généralement plus petite que l'autre ; c'est ce l'on appelle *hydrocèle en bissac.*

L'hydrocèle en bissac affecte lui-même deux formes principales. Le plus communément, la tumeur est étranglée par un rétrécissement au niveau de l'extrémité inférieure du cordon, là où nous avons dit que l'enveloppe fibreuse présente un rétrécissement circulaire. Il serait superflu d'en rapporter des exemples ; la plupart des chirurgiens ont eu occasion d'en voir. La tumeur supérieure remonte plus ou moins haut dans le cordon, sans cependant dépasser l'anneau inguinal.

Dans l'autre forme, beaucoup plus rare, l'hydrocèle remonte le long du cordon jusque dans le canal inguinal, et le rétrécissement qui sépare les deux tumeurs siége au niveau de l'anneau inguinal externe et semble déterminé par cet anneau même. Je n'ai jamais rencontré cette variété, dont on trouve un exemple remarquable rapporté dans les *Leçons orales* de Dupuytren.

Les chirurgiens qui ont le mieux observé ces hydrocèles ne semblent pas avoir suffisamment recherché leur origine. Ils semblent croire que la tunique vaginale remonte dans l'intérieur du cordon par l'effet de son développement morbide ; sans se rappeler que, dans ses distensions les plus considérables, elle perd rarement sa figure sphéroïde. J'estime pour ma part que, quand l'hydrocèle affecte ces formes extraordinaires d'une poire ou d'un bissac, c'est que la portion inférieure du canal de communication restait encore libre et ouverte dans la tunique vaginale (1). M. J. Cloquet qui, le premier, a étudié avec soin le mode d'oblitération de ce canal, a donné les dessins de deux pièces anatomiques qui expliquent le mécanisme de ces hydrocèles mieux que tout ce que je pourrais dire.

L'une de ces pièces, prise sur le cadavre d'un jeune homme, montre le canal de communication oblitéré seulement près de son orifice péritonéal ; le reste formait un tube conoïde très-allongé et qui, s'élargissant toujours, allait s'aboucher, sans rétrécissement apparent, avec la tunique vaginale. Ainsi, moyennant ce prolongement anormal, celle-ci remontait dans le cordon jusque dans le canal inguinal même ; un hydrocèle survenu dans cette poche serait donc remonté jusque dans le canal, et au-

(1) M. Berger a émis la même opinion dans le *Compte rendu des séances de la Société médico-chirurgicale de Zurich.* (Voir *Gazette médicale,* 1338, p. 24.)

rait donné lieu à une tumeur piriforme ou à une tumeur en bissac ayant son rétrécissement à l'anneau externe.

L'autre pièce provenait d'un sujet très-âgé. Le canal, oblitéré en trois points, se présentait donc sous la forme d'un cordon fibro-celluleux renflé de distance en distance par trois cavités séreuses ; les deux supérieures étaient complétement isolées ; l'inférieure communiquait encore avec la tunique vaginale, mais par un passage notablement rétréci. Un hydrocèle survenu dans cette tunique serait remonté dans la cavité voisine, et aurait donné lieu à un hydrocèle en bissac avec rétrécissement au niveau du bout inférieur du cordon (1).

Le diagnostic de ces hydrocèles, dans les cas ordinaires, ne présente pas plus de difficultés que celui des hydrocèles simples ; la transparence de la tumeur met sa nature hors de doute. Quand la transparence manque, on peut se demander si l'on a affaire à une tumeur unique ou à deux tumeurs superposées, et de quelle nature sont ces tumeurs. L'idée d'une hernie quelconque est facilement écartée, quand l'hydrocèle s'arrête au-dessous de l'anneau, le cordon pouvant être pincé entre les doigts, de manière à s'assurer qu'il ne contient pas de pédicule. L'hydrocèle, remontant dans le canal, pourrait donner la sensation d'un pédicule et ajouterait une cause de méprise de plus. Dans tous ces cas, à part les données fournies par l'origine, le mode de développement et le poids de la tumeur, la ponction exploratrice serait la ressource suprême. Mais cette ressource même manquerait dans certains cas où l'hydrocèle est compliqué d'une hernie adhérente ou d'une hernie étranglée. Une pareille complication ne se révèle guère que pendant l'opération ou à l'autopsie ; encore faut-il que le chirurgien soit bien averti de sa possibilité.

Obs. II. — Un homme entra à l'Hôtel-Dieu avec tous les symptômes d'une hernie inguinale étranglée. La tumeur descendait jusqu'au bas du scrotum ; elle était piriforme, d'un grand volume, fluctuante en quelques points ; mais on sait que cette fluctuation se rencontre en beaucoup de hernies. L'opération jugée nécessaire, Dupuytren fit une longue incision depuis l'anneau jusqu'au bas du scrotum, ouvrit largement le sac, et ne fut pas peu surpris d'en voir sortir une quantité de sérosité évaluée à une demi-livre. Mais son étonnement fut bien autre quand, ayant porté le doigt dans le prétendu sac, il n'y trouva ni intestin ni ouverture à sa partie supérieure, qui se terminait en un cul-de-sac parfaitement arrondi. Etait-ce un kyste développé au-devant de la hernie ? Le testicule flottant au bas de la poche, montra qu'on avait pénétré dans la tunique vaginale même. Le sac herniaire était en arrière ; il fallut l'inciser à son tour ; et le reste de l'observation n'appartient plus à notre sujet (2).

A. Cooper a rassemblé aussi plusieurs observations analogues, sous le titre un peu bizarre de *Hernies enkystées de la tunique vaginale ;* et pour s'en rendre compte, il a cru devoir admettre une hernie congéniale

---

(1) J. Cloquet, *Recherches anatomiques sur les hernies*, 1821 ; *pl.* IV, *fig.* 3 et 4.
(2) Dupuytren, *Leçons orales*, t. III, p. 606.

dans le bout supérieur du canal de communication (*hernie vaginale funiculaire*), laquelle refoulerait, comme un doigt de gant, la tunique vaginale même, qui lui formerait ainsi une deuxième enveloppe séreuse ou un double sac. Or, cette théorie me paraît doublement inexacte. D'abord il n'est nullement besoin que la hernie soit congéniale; il semble même qu'une hernie ordinaire a plus de facilité à passer derrière un hydrocèle du cordon qu'une hernie congéniale dont le sac adhérerait au sommet de l'hydrocèle.

De plus, A. Cooper se trouve en quelque façon démenti par les faits qu'il rapporte. Il y en a bien un dans lequel la hernie est qualifiée *congéniale*, sans autre démonstration: mais, dans le suivant, il n'est pas même question de cette circonstance.

Obs. III. — Un homme de 31 ans entra à l'hôpital de Guy pour une hernie étranglée. Il refusa l'opération et succomba le lendemain. L'autopsie fut faite par M. Forster.

En divisant avec précaution la gaîne du cordon près de l'anneau, on donna issue à un liquide. L'incision, prolongée jusqu'au bas du scrotum, montra que la tunique vaginale du testicule se prolongeait le long du cordon, ou, pour employer les termes de l'auteur, *ne faisait qu'une seule cavité avec celle du cordon jusqu'à l'anneau inguinal.* Le vrai sac herniaire était derrière, et descendait à trois pouces au-dessous de l'anneau.

D'un autre côté, si quelquefois le vrai sac herniaire déprime un peu la tunique vaginale de manière à faire saillie dans sa cavité, le plus souvent au moins il demeure en arrière, et n'est doublé qu'à sa face antérieure par la séreuse du cordon. Cela résulte déjà assez clairement des deux observations précédentes; mais la suivante, recueillie par M. Cruveilhier, ne laisse plus le moindre doute.

Obs. IV.—Un homme était entré à l'Hôtel-Dieu pour une hernie inguinale étranglée; on l'opère.

« Sous la peau et sous quelques couches disposées en feuillets, était un sac dont l'ouverture donna issue à une grande sérosité sanguinolente; l'intestin était livide, dans un état très-douteux, étranglé par un anneau situé à peu près au niveau de celui du grand oblique. On débride cet anneau; on laisse l'intestin au dehors, le malade succombe quelques jours après.

« A l'ouverture, nous trouvâmes une poche très-considérable au bas de laquelle était le testicule, se prolongeant en haut au-dessus de l'anneau entre les muscles oblique externe et oblique interne, et contenant l'anse d'intestin noire, gangrenée, perforée. La paroi postérieure de cette poche était soulevée par une tumeur cylindroïde, verticalement dirigée et ressemblant assez bien à un intestin grêle. Nous entamons cette tumeur; quel n'est pas notre étonnement de voir que c'était un sac herniaire! Ce sac était vide, épais de deux lignes, très-dense, fibreux, offrant un point d'ossification: sa paroi antérieure, *adossée à la paroi postérieure de la première poche*, était percée par une ouverture presque immédiatement au-dessous de l'anneau.

« Nous croyions tous à l'existence d'une hernie inguinale double par le même anneau;... mais nous fûmes retirés de notre erreur lorsque l'un de nous (M. Lallemand) ayant voulu s'exercer à l'opération de la hernie de l'autre côté, parvint dans

une poche lisse, remplie de sérosité, s'étendant jusqu'à l'anneau. *La paroi postérieure de cette poche était soulevée par une saillie verticale, tout à fait semblable à celle du côté opposé;* le doigt, porté derrière l'anneau, pénétra dans cette poche qui était un sac herniaire vide. Dès lors tout fut expliqué; un hydrocèle et une hernie existaient à droite comme à gauche; l'*hydrocèle était placée devant, et le sac herniaire derrière;* l'hydrocèle s'étendait jusqu'à l'anneau et même au-dessus de l'anneau entre les muscles obliques; *la paroi postérieure de la tunique vaginale et l'antérieure du sac s'étaient accolées;* un effort avait déterminé la déchirure de la partie supérieure des parois adossées de l'hydrocèle et du sac; l'intestin avait passé du sac dans la tunique vaginale; l'étranglement était produit par cette déchirure» (1).

Les rapports de la hernie avec l'hydrocèle ne sauraient être établis d'une manière plus précise et plus nette; seulement on s'étonne que Dupuytren, dans ce cas comme dans l'autre, ait cru avoir affaire à un hydrocèle ordinaire. Manifestement l'hydropisie occupait à la fois la séreuse du testicule et la séreuse non oblitérée du cordon.

Du reste, à part la complication de hernie, cet hydrocèle n'offre pas d'autre danger ni d'autres indications que l'hydrocèle ordinaire. Je ne m'y arrêterai donc pas plus longtemps.

3° *Hydrocèles enkystés du cordon.*

Les hydrocèles enkystés du cordon sont à peu près les seuls qui aient attiré jusqu'à présent la sérieuse attention des pathologistes, et dont ils aient fait l'histoire.

Une première question veut d'abord être vidée. Peut-on rapporter uniquement ces hydrocèles à l'accumulation de sérosité dans une poche séreuse préexistante, dernier vestige du canal péritonéal? En d'autres termes, ne saurait-il se développer dans le tissu cellulaire du cordon, comme dans toute autre région celluleuse, des kystes séreux de formation nouvelle? La réponse n'est nullement douteuse. Oui, sans doute, des kystes nouveaux peuvent se développer; mais il faut le reconnaître, nous n'avons aucun moyen de les distingeur des kystes préexistants; ni la date de leur apparition, ni leur siége, ni leur forme, ni leur constitution, ni la nature du liquide qu'ils renferment, ne suffisent pour établir ce diagnostic diffférentiel; la dissection même sur le cadavre peut bien révéler avec évidence que la poche séreuse provient de l'ancien canal incomplétement oblitéré, quand on retrouve au-dessus ou au-dessous des traces du cordon fibreux qui a remplacé les parties oblitérées de ce canal; mais la disparition complète de tout vestige de ce genre laisse encore dans le doute sur l'origine du kyste qui a persisté. C'est pourquoi, sans nous préoccuper davantage de cette question insoluble, nous essayerons de tracer ici l'histoire complète des hydrocèles enkystés du cordon.

Cette sorte de tumeur n'est pas extrêmement rare. Cependant je suis

---

(1) Dupuytren, *ouvr. cité*, p. 608.

étonné de lire dans les leçons cliniques de Dupuytren qu'il avait vu *des centaines de cas d'hydrocèles enkystées du cordon prises pour des hernies.* J'ai bien eu à examiner pour mon compte cinq à six mille hernies sur le vivant; et je n'oserais évaluer à plus d'une vingtaine le nombre des hydrocèles enkystés que j'ai eu occasion de voir. Sur un assez grand nombre de hernies que j'ai disséquées, notamment à Bicêtre, je n'ai pas rencontré un seul cas d'hydrocèle du cordon. Voilà ce que j'ai à dire quant à la fréquence.

En général, ils apparaissent de bonne heure; j'en ai vu plusieurs cas dans la première enfance; et un plus grand nombre encore chez des sujets de 6 à 15 ans. Plus tard, ils deviennent rares; cependant ils peuvent se développer jusques dans la vieillesse la plus avancée; j'en ai rapporté un cas chez un sujet de 60 ans, qui ne pensait pas que sa tumeur eût plus de deux ans de date; et j'ai déjà cité cette pièce rencontrée par M. J. Cloquet sur un sujet fort âgé, où deux kystes séreux parfaitement isolés semblaient tout préparés pour devenir le siége de deux hydrocèles.

La cause qui détermine l'hydropisie de ces kystes nous échappe à peu près complétement. Le plus souvent je les ai vus compliqués d'une hernie, et l'on sait que les vieilles hernies prédisposent de même à l'hydrocèle de la tunique vaginale. Quelquefois le kyste existant seul avait été pris pour une hernie; un bandage appliqué mal à propos semblait en avoir hâté le développement; mais la tumeur existait bien évidemment avant l'application du bandage. J'en ai vu, d'ailleurs, qui, sous la pression du bandage continuée plusieurs années, étaient restés d'un très-petit volume, et paraissaient même avoir un peu diminué.

Le siége en est assez variable. En général, ils se rapprochent plutôt de l'anneau que du testicule, surtout chez les jeunes sujets. Il n'est pas rare d'en rencontrer dans l'enfance qui sont situés en partie dans le canal inguinal, en partie au dehors. Dans un cas rapporté par A. Cooper, la tumeur, du volume d'une bille de marbre, était entièrement logée dans le canal inguinal.

Ils varient également de nombre. On en voit quelquefois deux, trois et même davantage se suivre le long du cordon, figurant, selon l'expression de M. J. Cloquet, une sorte de chapelet. Chacun de ces kystes reste alors limité, en général, à un volume médiocre. « J'ai vu souvent, dit Ledran, des tumeurs aqueuses grosses comme des grains de raisin, placées d'espace en espace le long du cordon spermatique, accompagner une véritable hydrocèle placée sur le corps du testicule (1). » Sur quoi je ferai remarquer que Ledran avait sans aucun doute été favorisé par le hasard; car, pour mon compte, je n'ai pas encore eu l'occasion d'observer ces kystes multipliés; et les annales de l'art n'en contiennent que fort peu d'exemples.

Leur volume, généralement médiocre, dépasse rarement celui d'un

(1) Ledran, *Traité des op. de chirurgie*, p. 178.

œuf de pigeon ou d'une grosse noix ; j'en ai vu un qui avait atteint celui d'un œuf de poule. Mais il peut acquérir de bien autres proportions ; Pott en cite un duquel il retira une chopine de sérosité ; et Bertrandi en a vu un autre qui en contenait jusqu'à 20 *onces*.

La forme est généralement ronde ou oblongue, en sorte que beaucoup de ces tumeurs ont été prises pour un troisième testicule. J'en ai vu d'alongées en forme de cylindre, et que l'on pouvait assez justement comparer à une vessie de poisson. Lorsqu'ils sont très-volumineux, ils dépassent en haut et en bas l'anneau inguinal, et figurent une nouvelle variété d'hydrocèle en bissac.

Le liquide est clair ou trouble, quelquefois d'un jaune verdâtre ; quelquefois rougeâtre et pareil à de la lie de vin ; tantôt ténu, tantôt épais jusqu'à la consistance du miel.

Dans les cas récents, il est contenu dans un kyste séreux très-simple, fort mince, situé en avant ou sur le côté des vaisseaux du cordon, recouvert par la gaîne du cordon et par le crémaster. Quand la tumeur est ancienne, ses enveloppes s'épaississent plus ou moins, et se recouvrent de vaisseaux sanguins artériels et veineux provenant des parties voisines ; je les ai vues acquérir à l'intérieur une densité cartilagineuse, tandis qu'au dehors elles offraient un aspect rougeâtre comme s'il y eût eu hypertrophie du crémaster. Scraiber a disséqué une de ces tumeurs qui adhérait fortement au canal déférent. Quelquefois l'intérieur garde l'aspect lisse et poli d'une séreuse ; mais Scarpa a dessiné un de ces kystes où la surface interne était irrégulière, frangée et comme veloutée. Enfin, il peut y avoir des locules nombreuses communiquant ensemble, ou parfaitement closes et séparées. C'est dans ces derniers cas surtout que l'on se sent porté à admettre des kystes de formation nouvelle, développés aux dépens du tissu cellulaire.

Les symptômes varient selon le volume et le siége de la tumeur, selon les altérations du kyste et du liquide qu'il renferme.

Quand il est renfermé dans le canal inguinal, il donne la sensation d'une tumeur dure, mobile, que l'on peut refouler dans l'abdomen par la pression, qui peut même disparaître uniquement par le décubitus dorsal ; j'ai déjà cité le fait d'A. Cooper en exemple.

S'il est situé en partie dans le canal, en partie au dehors, la tumeur est alongée, mobile ; quelquefois on la fait rentrer par la pression dans le canal ; d'autres fois elle résiste et s'échappe de côté sous les doigts qui la pressent.

Hors du canal, le kyste affecte de préférence la forme ronde ou ovoïde ; quelquefois on peut constater sa transparence à la lumière ; mais ce phénomène manque quand la tumeur est trop petite, ou quand le kyste ou le liquide ont subi des altérations.

Dans la majeure partie des cas, le kyste est tellement distendu par le liquide qu'il résiste sous les doigts comme une balle élastique, sans donner la moindre sensation de fluctuation ; je n'ai pas vu, pour mon compte, d'exception à cette règle. Cependant, à mesure qu'il prend plus

de volume, la tension diminue et la fluctuation apparaît; les auteurs en citent plusieurs exemples.

Presque jamais l'hydrocèle enkysté ne cause de douleur par lui-même; rarement il est sensible à la pression; toutefois une pression exagérée fait quelquefois retentir la douleur jusqu'au testicule. Lorsque la tumeur acquiert un volume considérable, elle tiraille le cordon, détermine ainsi des douleurs qui remontent jusques dans la région lombaire, et qui réagissent d'une manière fâcheuse sur le moral du malade.

Le diagnostic est assez simple quand l'hydrocèle existe seul, au-dessous de l'anneau, sans complication de hernie ou d'affection du testicule. L'absence d'un pédicule en haut écarte toute idée de hernie; l'état sain du testicule défend de croire à un engorgement consécutif du cordon; et lors même que la transparence viendrait à manquer, il est si rare, comme nous le verrons, que le cordon soit le siége de tumeurs isolées d'une autre nature, que le chirurgien n'a guère à s'arrêter que sur un hydrocèle enkysté. La seule erreur de diagnostic qui ait été commise en pareil cas est celle qui consiste à prendre la tumeur enkystée pour un troisième testicule. Mais comme il n'y a pas d'exemple jusqu'à présent de la présence de trois testicules chez un individu, d'ailleurs bien conformé, une pareille erreur ne serait plus supportable; tout au plus pourrait-on hésiter quelquefois à dire laquelle des deux tumeurs est le vrai testicule. M. Velpeau a rapporté l'histoire d'un jeune homme de 20 ans qui croyait depuis son enfance avoir trois testicules, et chez qui le volume, la forme, la densité, la mobilité du kyste, le rendaient si exactement semblable au testicule, qu'en changeant furtivement de lieu les deux masses en présence des assistants, on put induire en erreur plusieurs chirurgiens fort exercés. Mais en y regardant de plus près, il n'y avait pas d'épididyme sous le kyste, et le cordon se prolongeait jusqu'à la tumeur inférieure; et surtout la compression à peu près indolore sur le premier déterminait sur l'autre la sensation si caractéristique des pressions du testicule.

Si cependant le testicule était dégénéré en une masse squirrheuse ou encéphaloïde, ne donnant plus de signe de douleur à la pression, n'en offrant pas non plus en d'autres circonstances, comme nous en avons vu un exemple dans ce concours même, et si, d'un autre côté, le kyste se trouvait tout à fait au bas du cordon, le diagnostic différentiel offrirait de telles difficultés qu'une ponction seule pourrait l'établir. Encore la ponction ne donnerait pas toujours des lumières suffisantes; j'ai publié l'histoire d'un kyste multiloculaire du cordon qui manquait absolument de transparence; je fis une première ponction qui heureusement tomba sur la poche la plus considérable et fournit une assez notable quantité de liquide; mais lorsque, quelques jours après, et au moment de l'opérer, je tentai de nouveau la ponction en vue de pratiquer une injection de teinture d'iode, le premier coup de trocart n'amena pas plus de dix à douze gouttes de sérosité; un deuxième ne réussit pas mieux; et l'extirpation pratiquée aussitôt montra qu'il s'a-

gissait d'un kyste à nombreuses cellules, dont une seule avait une capacité un peu notable, et dont les parois avaient d'ailleurs en certains points jusqu'à 6 et 8 millimètres d'épaisseur (1).

Si le kyste, tout en gardant sa transparence, descendait très-bas de manière à empiéter sur la tunique vaginale, ne pourrait-on pas le prendre pour un hydrocèle de cette tunique? Ne serait-il pas plus facile encore de le confondre avec ces petits kystes séreux développés quelquefois entre la tunique vaginale et le testicule même? L'erreur serait possible sans doute; mais à peine y aurait-il quelque intérêt pratique à la corriger, puisqu'elle n'influerait ni sur le pronostic ni sur le traitement.

J'en dirai autant de l'erreur possible qui ferait prendre un hydrocèle enkysté du cordon pour une hydropisie dans un ancien sac herniaire. Les commémoratifs, l'existence d'un pédicule dans la partie supérieure du cordon, suffisants pour élever des doutes, suffiront rarement pour les résoudre; mais ici encore la pratique n'aurait nullement à en souffrir.

Le cas devient plus embarrassant quand l'hydrocèle est situé si haut que les doigts, pressant le cordon à son origine, y sentent une grosseur comparable au pédicule d'une hernie; ou quand il est caché dans le canal comme une hernie commençante; et, enfin, la complication d'une hernie réelle ajoute une obscurité de plus. Le sujet cité par A. Cooper, et qui portait un kyste dans le canal même, avait vu quatre ou cinq médecins, dont deux s'étaient prononcés pour une hernie épiploïque. On ne dit pas sur quoi les autres se fondaient pour annoncer un kyste, qui, d'ailleurs, existait réellement. Je pense qu'on tirerait surtout alors quelques lumières de la rondeur et de la dureté de la tumeur; de l'absence de pédicule à l'anneau interne, lorsque le pouce refoulerait la tumeur dans le canal; de l'absence d'accroissement de la tumeur sous les efforts de la toux, etc. Mais il serait besoin assurément d'une exploration attentive.

J'ai été trompé deux fois par deux petits kystes, existant partie dans le canal, partie hors de l'anneau, l'un chez un enfant de trois ans, l'autre chez un jeune garçon de douze ans, qui portaient en même temps, depuis les premiers jours de leur naissance, une hernie intestinale du même côté. Lorsque j'avais fait rentrer l'intestin, il restait à l'anneau une grosseur dure, mobile, que je prenais pour une portion d'épiploon adhérente; chez l'un de ces sujets, je parvenais à faire rentrer cette tumeur dans le canal, mais non au delà, et l'application du bandage avait pour effet de la refouler au dehors au lieu de la contenir; chez l'autre, je n'en faisais rentrer qu'une partie, l'autre glissant sous les doigts et demeurant opiniâtrément au dehors. En même temps, la saillie de ces kystes soulevant les pelotes rendait la contention des

(1) *Revue médico-chirurgicale de Paris*, t. Ier, p. 85. — A. Bérard a publié un fait analogue, *Gazette médicale*, 1834, p. 404.

hernies fort difficile. J'essayai de détruire les adhérences présumées, et de faire rentrer le prétendu épiplocèle par le traitement que j'indiquerai plus tard : rien n'y fit, et ce fut seulement l'opiniâtreté des deux tumeurs qui me força de changer de diagnostic. Chez le jeune garçon de 12 ans, j'eus beaucoup de mal à maintenir la hernie ; et, après plus de deux ans de l'emploi d'un bandage convenable, la cure radicale n'était pas encore obtenue. Chez l'autre enfant, qui m'avait été adressé par M. le docteur Souchard, de Batignolles, un bandage très-simple obtint la guérison de la hernie en douze ou quinze mois ; mais la petite tumeur est toujours restée au dehors, sans avoir augmenté ni diminué de volume.

Au total, le diagnostic, généralement assez simple, devient d'autres fois fort difficile et même impossible ; et quand la ponction est insuffisante pour l'établir, il ne reste que l'incision, c'est-à-dire que le diagnostic se fait au moyen de l'opération même.

Le pronostic de ces tumeurs n'est point grave. La plupart des sujets qui les portent se refusent à l'opération qui les en débarrasserait ; ce n'est guère que quand le kyste devient incommode par son poids et douloureux par les tiraillements qu'il occasionne, qu'ils songent sérieusement à s'en débarrasser. Dans le cas de hernie concomitante, il y a une indication de plus ; c'est que le kyste, empêchant la pelotte de s'appliquer convenablement sur les anneaux et sur le pubis, met un obstacle quelquefois insurmontable à l'exacte contention de la hernie.

A en croire quelques auteurs, le traitement de ces kystes, chez les jeunes sujets, serait des plus simples. « Un morceau de flanelle exposé à la fumée du benjoin, dit Monro, les guérit en peu de jours. » Pott enseigne que, chez les jeunes enfants, ils se dissipent fréquemment en peu de temps, surtout lorsqu'on aide à cet effet par des fomentations chaudes et en entretenant le ventre libre. B. Bell est du même avis : « on en favorise beaucoup la guérison, dit-il, en les recouvrant de linges trempés dans l'esprit de vin ; j'ai vu appliquer avec un grand succès une forte infusion de feuilles de roses rouges, dans laquelle on avait dissous beaucoup d'alun. » Chez l'adulte, au contraire, le kyste a été généralement trouvé rebelle.

Rien n'empêche assurément de recourir à l'emploi de moyens si simples ; mais il faudra bien se rappeler que, de l'aveu de B. Bell lui-même, leur efficacité souffre quelques exceptions. Le seul traitement vraiment efficace est donc fourni par la médecine opératoire.

On a proposé contre ces tumeurs les mêmes procédés que contre l'hydrocèle ordinaire : ainsi l'incision, l'excision, la cautérisation, le séton, l'injection, et, finalement, un procédé que l'hydrocèle ordinaire repousse, l'ablation complète du kyste.

La simple incision à l'aide d'une lancette a réussi à Pott chez un jeune homme de 16 ans et un adulte de 35 ans. Il n'a pas été moins heureux en se servant du bistouri chez un autre sujet de 14 ans ; et, au total, il pense que la lancette suffit chez les jeunes sujets, mais qu'il

faut chez les adultes diviser le kyste dans toute sa longueur. Dans ce dernier cas, le kyste passe généralement à suppuration ; et, pour la favoriser, il est utile d'introduire dans la plaie un peu de charpie. Scarpa rapporte deux cas de guérisons obtenues ainsi en trois et cinq semaines. A. Cooper rejette la charpie comme trop irritante, et préfère insuffler dans le kyste de la fleur de farine. Il faut dire, cependant, que, dans le seul exemple qu'il rapporte, la fleur de farine n'empêcha pas deux abcès de se développer. Peut-être emploirait-on avec avantage l'incision sous-cutanée, déjà appliquée par M. Jobert à l'hydrocèle ordinaire, et par moi-même à divers kystes des autres régions du corps.

Hey avait adopté l'excision, qu'il pratiquait de la manière suivante. Le kyste saisi entre les doigts de manière à le faire saillir en avant, il le mettait à découvert par une incision ménagée à petits coups; le vidait alors à l'aide d'une ponction avec la lancette; et emportait d'un coup de ciseaux toute la portion du kyste saillante, sans toucher à sa paroi postérieure. Il réunissait ensuite les téguments par la suture entrecoupée (1).

L'excision conviendrait surtout si les parois du kyste étaient devenues très-épaisses, et si ses adhérences au canal déférent faisaient craindre de léser celui-ci.

La cautérisation est tombée en désuétude. A. Cooper recommande le séton avec un simple fil de soie introduit au moyen d'une aiguille courbe ordinaire; et ce procédé paraît obtenir aujourd'hui la préférence en Angleterre (2).

J'ai essayé une fois, après avoir vidé la tumeur, d'en accoler les parois en les traversant avec deux épingles à insectes serrées à l'aide de deux petits bouchons en liége, selon le procédé de M. Bonnet pour la cure radicale des hernies. Cela ne réussit pas comme je l'espérais ; la suppuration eut lieu, et amena cependant la guérison, mais d'une manière plus lente. M. Ricord a été plus heureux récemment, en cherchant à atteindre le même but avec un point unique de suture enchevillée. Le sujet opéré le 13 janvier dernier, on enleva la suture dès le lendemain ; l'inflammation fut très-légère, et le malade sortit entièrement guéri le vingt-sixième jour.

Vient enfin l'injection, qui, de prime abord, semble réclamer toute préférence. « Pour peu que le kyste soit volumineux, dit M. Velpeau, c'est encore la méthode des injections qui réussit le mieux. J'ai opéré cinq malades de cette façon, dont quatre avec la teinture d'iode, et je n'ai jamais obtenu de résultats plus heureux ni plus simples. » Elle a également bien réussi à M. Fergusson, à Londres (3). A. Cooper la rejette cependant à raison de ses difficultés, et parce qu'elle expose à des récidives; il rapporte un cas où elle fut employée deux fois sans succès.

---

(1) Hey, *Pract. Obs. in Surgery,* 3d edit., p. 557.

(2) Voir l'analyse de l'ouvrage de Curling, *sur les maladies du testicule et du cordon,* dans le *British med. Rewiew,* 1844, t. XVII.

(3) *The Lancet,* 1844, t. II, p. 27.

On voit que le traitement de l'hydrocèle enkysté n'est pas une chose si simple, puisqu'il donne encore matière à de tels dissentiments. Pour ma part, quand la tumeur est très-petite, je suis d'avis de n'y pas toucher, ou, tout au plus, si le malade le désire, de s'en tenir à la ponction par la lancette; — quand elle est assez volumineuse pour permettre la ponction au trocart, l'injection est la seule méthode à laquelle je voussе avoir recours; — enfin, dans le cas de kystes multiloculaires ou à parois cartilagineuses, on n'a plus le choix entre les diverses méthodes, et la seule ressource est l'excision, et, mieux encore, l'ablation complète de la tumeur.

CHAPITRE II.

DES TUMEURS DÉVELOPPÉES DANS LE CORDON MÊME.

Ces tumeurs n'affectent guère que le tissu cellulaire et les vaisseaux veineux du cordon. A une époque où l'anatomie pathologique était encore dans l'enfance, on avait attribué certaines tumeurs à des affections du canal déférent ou des vaisseaux lymphatiques (1); tout ce que j'en veux dire, c'est que l'observation clinique n'a jusqu'ici constaté rien de semblable. Pour ne pas sortir de la réalité, nous aurons donc à étudier successivement l'inflammation et les abcès du cordon; l'œdème du cordon, plus spécialement appelé hydrocèle par infiltration ou hydrocèle diffus; l'hématocèle; le varicocèle; les hydatides; et diverses tumeurs provenant le plus ordinairement d'une diathèse, et qui se développent dans le cordon comme dans toute autre partie du corps.

1° *De l'inflammation du cordon.*

L'inflammation spontanée du cordon est fort rare; pour mon compte je ne l'ai jamais vue. Elle est plus commune après les opérations qui ont porté sur le cordon même; et lorsqu'elle est modérée, il y a peu de chose à en dire. Mais, dans certains cas, soit spontanément, soit par une cause traumatique, l'inflammation détermine un gonflement tel qu'il donne naissance à une tumeurv éritable, facile à confondre avec d'autres, et d'autant plus qu'elle détermine des accidents spéciaux, qui prennent le caractère de l'étranglement. En voici un cas bien remarquable.

Obs. V. — Un homme d'âge moyen portait depuis longtemps une hernie inguinale qu'il contenait très-exactement avec un bandage, lorsque, tout à coup, il fut pris de douleurs abdominales et de tous les symptômes de l'étranglement herniaire, nausées, vomissements, constipation; en même temps une tumeur dure, irréductible et douloureuse, s'était manifestée dans la région de la hernie. Un professeur des plus habiles de la Faculté fut appelé, et jugea que la hernie s'était étranglée; on mit donc en usage les bains, la saignée, les topiques émollients, des lavements émollients et narcotiques; mais en vain. Un second chirurgien appelé

(1) Monro signale une variété de *spermatocèle* comme due à l'engorgement du canal déférent; Pott lui-même attribue encore l'hydrocèle diffus à une obstruction ou à une rupture des vaisseaux lymphatiques.

en consultation confirma l'avis du premier, et l'opération fut considérée comme indispensable.

Elle fut en effet pratiquée; mais le bistouri, conduit par une main habile, arriva jusqu'à l'anneau et jusques dans l'intérieur du cordon sans rencontrer de hernie. Le cordon seul était le siége d'un gonflement inflammatoire. On s'arrêta donc, et sans diviser l'anneau, on procéda au pansement. Mais les accidents continuèrent avec la même intensité et le malade succomba (1).

Peut-être est-il à regretter que l'autopsie n'ait pas été faite ; il eût été utile de constater que nulle autre cause n'avait déterminé des accidents aussi graves. A prendre l'observation telle qu'elle est présentée, ce serait l'étranglement du cordon qui les aurait produits ; et, dès lors, l'indication la plus pressante eût été de débrider l'anneau inguinal et peut-être même l'anneau abdominal.

Cette idée de l'étranglement du cordon enflammé n'est pas nouvelle dans l'art; Garengeot raconte qu'Arnaud le père, dans la castration, divisait l'anneau inguinal avant de lier le cordon, pour éviter l'inflammation de celui-ci. Bertrandi note également qu'après l'ablation du testicule, le cordon se gonfle quelquefois, *comme s'il était étranglé par l'anneau ;* delà des douleurs vives, *auxquelles on ne peut pas autrement remédier qu'en dilatant un peu l'anneau.* Mais J.-L. Petit s'était élevé contre cette pratique. L'auteur de l'observation précédente en rapporte une autre qui semble justifier les craintes d'Arnaud et de Bertrandi.

Obs. VI. — Un homme de 43 ans, dans un accès de mélancolie, s'amputa le testicule droit d'un coup de rasoir, et se fit du même instrument une plaie profonde à la gorge. Apporté à l'hôpital Beaujon, on lia l'artère spermatique qui donnait beaucoup de sang, et l'on fit aux deux plaies un pansement convenable. Tout alla bien jusqu'au huitième jour ; mais alors, après une nuit fort agitée, on trouva le pouls petit, à 90 pulsations ; la peau chaude et couverte d'une sueur visqueuse ; les yeux rouges et animés, le ventre météorisé ; il n'y avait pas eu de selles depuis vingt-quatre heures ; nausées continuelles, deux vomissements de matières bilieuses coup sur coup ; le malade portait à tout instant la main à demi-retenue par la camisole de force sur la région de l'aîne droite, où s'apercevait une tuméfaction ovoïde, dirigée obliquement suivant le trajet du canal inguinal ; la moindre pression y excitait une vive douleur, et déterminait un suintement purulent sur le trajet du cordon rétracté. (Pr. : 30 *sangsues ; catapl. ; lav. émollient*).

Le lendemain, insomnie comme la veille ; les vomissements persistent avec la même intensité ; du pus s'écoule en grande abondance le long du cordon. Alors le chirurgien glissa un stylet cannelé sur le point duquel on voyait sourdre la matière purulente, et le fit pénétrer en haut et en dehors jusqu'au milieu du canal inguinal ; sur ce stylet on conduisit un bistouri qui incisa depuis la plaie jusqu'au lieu indiqué. Du pus s'écoula aussitôt au dehors, et le cordon tuméfié parut se dilater par une véritable expansion de ses éléments. (*Pansement avec la charpie ; cat. émoll.*)

La nuit qui suivit fut bonne ; les nausées et les vomissements cessèrent ; il y eut une selle abondante. Le malade alla dès lors de mieux en mieux, et arriva à guérison sans autre encombre qu'un petit trajet fistuleux qui subsista longtemps au niveau de l'extrémité du cordon.

---

(1) *Journal hebdomadaire*, 1829, t. V, p. 312.

L'étranglement ne paraît-il pas ici tout à fait évident? Et l'amélioration subite qui a suivi le débridement, n'en est-elle pas la preuve manifeste? Peut-être cela ne suffit-il pas pour lever tous les doutes. Il est difficile de comprendre que l'anneau inguinal, qui n'étrangle pas les hernies, ait suffi à étrangler le cordon; l'existence de la tumeur dans le canal même indique que l'étranglement devait siéger plus haut, à l'anneau abdominal, par exemple, et, cependant, celui-ci a été respecté; enfin, dans le premier cas, l'incision du cordon au-dessous de l'étranglement, en dégorgeant le cordon, aurait dû avoir le même effet que le débridement de l'anneau même. Les accidents produits s'expliquent aussi bien par la présence de fusées purulentes dans le cordon; et j'en ai vu du même genre à la suite d'un abcès de l'épiploon sans étranglement d'aucune espèce. Je ne voudrais pourtant pas nier absolument le fait de l'étranglement du cordon par les anneaux; mais je pense que de nouvelles observations sont nécessaires pour en établir irrévocablement la réalité.

Un étranglement véritable a lieu quelquefois quand on étreint le cordon par une ligature, dans l'opération de la castration, par exemple; J.-L. Petit rapporte un cas dans lequel l'opéré éprouvait de vives douleurs de reins, avec ballonnement du ventre, défaillances, nausées, vomissements, fièvre et délire. Il jugea qu'il fallait enlever la ligature; le malade en reçut quelque léger soulagement; pour arrêter l'hémorragie, on exerça sur le cordon une compression modérée; et, moyennant trois saignées, les accidents cessèrent et le malade se rétablit.

Ici l'étranglement ne saurait être nié; il reste à expliquer pourquoi il est si rare en pareille circonstance; on sait, en effet, que nombre de fois une ligature a été appliquée sur le cordon sans produire de semblables accidents. Je ne parle pas seulement des cas où la striction était assez forte pour détruire la vie dans le bout inférieur, mais de ceux où, moins serrée, le bout lié a continué à vivre. J.-L. Petit lui-même remarque qu'alors la ligature est longtemps douloureuse et tombe plus tard, ce qui se conçoit; il a observé encore que le bout ainsi lié se gonfle et fait une tumeur qui devient dure et douloureuse. M. Velpeau a vu également sur un sujet cette sorte de *choufleur*, qui peut se confondre avec les bords voisins de la plaie et causer quelque difficulté par la suite. M. Velpeau pense qu'il suffirait de le réprimer avec des astringents ou des caustiques; J.-L. Petit procéda une fois d'une autre manière; il fit une seconde ligature très-serrée sur la première; et la tumeur, ne recevant plus de nourriture, tomba avec les deux ligatures quatre jours après.

2° *Des abcès du cordon.*

Si l'inflammation spontanée du cordon est rare, les abcès sont encore bien moins communs. Je ne veux pas parler de la suppuration qui suit les opérations et qui ne produit guère dans le cordon que des fusées purulentes sans collection véritable; il s'agit ici de l'abcès circonscrit et pouvant être confondu avec d'autres tumeurs.

Je n'en ai rencontré qu'un seul exemple que j'emprunte à J.-L. Petit.

Obs. VII. — « J'ai été mandé, dit-il, pour faire la castration à un malade qui avait sur le cordon, au-dessus de la tumeur du scrotum, une autre tumeur très-dure et très-douloureuse. Elle était si considérable, que quelqu'un qui l'avait vue avant moi, ne jugeant pas possible de faire l'opération, s'était retiré, prononçant que la maladie était sans remède ; je n'en jugeai pas tout à fait de même, parce que cette seconde tumeur me paraissait phlegmoneuse ; je la traitai en conséquence, et, par le moyen de saignées et des cataplasmes, elle vint à suppuration ; je l'ouvris, et en peu de jours, toute cette partie et le cordon même furent dégonflés et amollis, au point que j'entrepris de faire l'opération. »

3° *De l'hydrocèle par infiltration, ou hydrocèle diffus du cordon.*

L'hydrocèle par infiltration est une affection assez rare pour que la plupart des pathologistes modernes l'aient passé sous silence, et que d'autres aient même révoqué en doute son existence. Son histoire a été cependant tracée par des observateurs nombreux et dignes de foi ; Garengeot, Monro, Bertrandi, Pott, Scarpa, etc. ; de nos jours, M. J. Cloquet dit en avoir vu plusieurs exemples ; M. Velpeau l'a rencontré également ; et peut-être n'est-il réputé si rare que parce qu'il est souvent méconnu. Je confesserai cependant, pour mon compte, que je n'ai pas encore rencontré de sujet vivant chez lequel j'aie été conduit à le soupçonner ; et que mes dissections ne m'en ont pas non plus offert d'exemple.

La première mention que j'en ai trouvée remonte à Garengeot.

« Cette espèce d'hydrocèle, dit-il, n'est, à proprement parler, qu'une véritable infiltration d'eau dans les cellules membraneuses de la première production du tissu cellulaire du péritoine ; de sorte que les feuillets celluleux de cette production, qui sont attachés les uns avec les autres au-dessus du testicule, et même avec quelques endroits de l'épididyme, n'ayant point été forcés ni déchirés par les eaux, font une tumeur aqueuse qui s'étend depuis l'anneau jusqu'à quelque légère distance du testicule, et dont la figure est longue, ronde et comme bosselée ; signes qui servent beaucoup à la distinguer.

« Quoique cette maladie ne soit pas plus fâcheuse que celle que nous allons décrire (l'hydrocèle ordinaire), elle est cependant plus difficile à opérer ; car, si l'on porte le trois-quarts dans cette tumeur, quoiqu'il soit l'instrument destiné pour évacuer les eaux, il ne peut vider entièrement celles-ci, attendu qu'elles sont contenues dans les cellules membraneuses de cette production du tissu cellulaire du péritoine, appelée *tunique vaginale*. Il faut donc ouvrir la tumeur suivant toute sa longueur avec un bistouri droit, et donner, outre l'incision longitudinale, quelques coups de la pointe du bistouri à droite et à gauche, afin d'ouvrir toutes les cellules membraneuses, ou du moins la plus grande partie, et de procurer ainsi l'évacuation de l'eau renfermée dans chaque cellule.

« La tumeur aqueuse ainsi ouverte, on n'aperçoit point de testicule, mais seulement le cordon des vaisseaux spermatiques qui occupe le milieu ; c'est pour l'éviter que nous avons conseillé d'ouvrir à droite et à gauche les cellules membraneuses. »

Cette description n'est pas complète sans doute ; mais son exactitude est telle, qu'elle a dû être faite sur nature, et qu'il ne nous reste guère qu'à la compléter.

Les causes de cet hydrocèle sont fort peu connues. Monro l'attribue à la compression des veines spermatiques, ou à un obstacle quelconque au retour du sang par ces vaisseaux. Les sujets affectés d'anasarque, d'ascite, de quelque tumeur dans le bas-ventre, y sont sujets, selon lui, de même que ceux qui portent une hernie. Bertrandi dit l'avoir vu plus d'une fois chez de jeunes enfants dont les testicules étaient arrêtés dans l'abdomen ou à l'anneau. Voilà ce qui a été dit de mieux sur l'étiologie.

Or, la simple énonciation de Bertrandi est, en quelque sorte, en contradiction avec ce qu'il annonce, et accuse une étrange erreur de diagnostic (1). L'étiologie de Monro paraît faite purement *à priori*. Je ne connais qu'un seul cas dans lequel l'hydrocèle diffus ait été accompagné d'engorgement du foie et de la rate, avec tuberculisation des ganglions lombaires (2). Dans toutes les autres observations que j'ai pu réunir, l'hydrocèle était survenu sans cause connue ; et il n'est pas sans intérêt peut-être de noter que le sujet le plus jeune était âgé de 20 ans (3) ; tous les autres portaient de 30 à 55 ans ou même davantage.

Les symptômes sont d'abord un engorgement lent du cordon, affectant une forme cylindroïde, puis bientôt se renflant à sa partie inférieure. La tumeur reste quelquefois au-dessous de l'anneau inguinal ; mais, le plus souvent, elle le dépasse et remonte jusqu'à l'anneau abdominal et même dans la fosse iliaque ; inférieurement, elle s'arrête au bord supérieur du testicule, dont elle est séparée par un sillon transversal ou oblique sensible à la vue sur la face antérieure et externe du scrotum ; le testicule est libre au-dessous, à moins de complication du côté de cet organe ou de la tunique vaginale. La tumeur est à peu près indolente à la pression, et ne cause de gêne que par son poids et le tiraillement qu'elle détermine ; elle cède sous le doigt comme un corps mollasse et spongieux, gardant quelquefois l'empreinte comme dans un œdème superficiel ; d'autres fois, donnant la sensation d'une rénitence pâteuse comme l'épiplocèle. On peut quelquefois, par une compression prolongée, refouler le liquide vers le ventre ; mais la tumeur ne tarde pas à reparaître. Enfin, lorsqu'elle a pris un grand accroissement, on sent, à sa partie la plus inférieure, une véritable fluctuation, qui s'étend même quelquefois à sa partie supérieure ; et alors la tumeur change de forme, selon l'attitude du sujet ; plus allongée et plus large en bas, quand il est debout ; diminuant quand il est couché, et se rapprochant davantage de la forme cylindroïde.

---

(1) *Mém. de l'Acad. de chirurgie,* t. III, p. 91.—Le traducteur français du Mémoire de Bertrandi lui fait dire en cet endroit : *J'ai disséqué ;* le texte latin ne porte rien de semblable.

(2) Scarpa, *Mem. sull' Idrocele del cord. spermatico,* obs. V.

(3) *Journal des Conn. Médico-Chirurg.*, juillet 1835.

Il n'y a pas d'exemple que cette infiltration se soit dissipée d'elle-même ou par l'effet des médicaments. Pour l'ordinaire, elle s'arrête à un certain degré de développement ; mais le fait suivant montre à quel accroissement énorme elle peut atteindre.

Obs. VIII.—Pott fut consulté avec Sharp pour un hydrocèle de ce genre qui avait abaissé le scrotum jusqu'à plus de moitié de la cuisse, et qui remontait dans le ventre jusqu'au-dessus de l'épine iliaque. La tumeur était dure en certains points, molle en d'autres ; ailleurs, enfin, manifestement fluctuante. Elle rentrait en partie dans la position horizontale, se distendait quand le malade toussait ; la fluctuation montrait que le liquide refluait du scrotum dans le ventre. Les deux chirurgiens étaient dans une grande incertitude ; ils firent une petite incision au bas et en avant de la tumeur, et en firent sortir *onze chopines* d'eau sans que le cordon fut revenu à son état naturel. Un mois après, la tumeur ayant repris tout son volume, le scrotum fut largement divisé de haut en bas ; on trouva, à sa partie inférieure, un kyste ou sac formé, dit l'auteur, par la pression de l'eau ; mais tout le reste de la tumeur dû à l'infiltration des cellules du cordon. Le liquide continua à couler abondamment pendant plusieurs jours, sans douleur, sans inflammation, sans gangrène ; et le sujet mourut d'épuisement le quatorzième jour. L'autopsie ne fit découvrir rien autre chose qu'une infiltration séreuse dans le tissu cellulaire du cordon, soit dans le scrotum, soit dans l'abdomen. Le testicule était sain.

Il faut ajouter cependant que ces tumeurs ne paraissent pas sujettes à dégénérer, et qu'elles n'entraînent pas d'autres conséquences fâcheuses pour le malade que celles qui résultent de leur poids et de leur volume. Bertrandi et Scarpa pensent que l'accumulation du liquide à leur partie inférieure, en rompant et confondant plusieurs cellules, peut déterminer la formation d'un kyste véritable ; l'observation précédente semble venir à l'appui de cette opinion.

Scarpa a disséqué plusieurs hydrocèles de ce genre, qu'il a décrits et fait dessiner avec soin. Au-dessous de l'enveloppe fournie par le crémaster, le scalpel rencontre la gaîne du cordon tuméfiée, et assez semblable, au premier aspect, à un sac herniaire. Cette gaîne ouverte, on voit sortir une sérosité abondante contenue dans les cellules dilatées ; et ce n'est qu'après avoir vidé ces cellules que l'on aperçoit au fond et en arrière les vaisseaux spermatiques, masqués auparavant par l'œdème. Les cellules remplies par le liquide sont quelquefois assez dilatées pour admettre le bout du doigt ; et quand la tumeur est de vieille date et d'un gros volume, les cellules de la partie inférieure finissent par s'érailler, se confondre et former une cavité unique, où la sérosité accumulée permet de sentir la fluctuation, et d'où la ponction peut faire sortir un véritable jet de liquide.

La sérosité de l'hydrocèle diffus est d'ordinaire claire et limpide, quelquefois jaunâtre, verdâtre, albumineuse, rarement d'une consistance gélatineuse.

Le diagnostic est assez facile quand la partie inférieure du cordon est seule envahie, et que sa partie supérieure se laisse effiler entre les doigts sans rien offrir qui simule un pédicule herniaire. Mais quand la

tumeur se prolonge dans le canal inguinal et même plus haut, elle peut aisément être confondue avec un épiplocèle. Scarpa raconte que lui-même plus d'une fois, sur des cadavres, croyant avoir reconnu par le toucher une petite hernie épiploïque sous la forme d'une tumeur allongée, souple, qui cédait à la pression et remontait en totalité ou en partie derrière l'anneau, il fut tout étonné de ne trouver, au lieu d'une hernie, qu'un liquide gélatineux infiltré dans le cordon spermatique. Déjà Pott avait rapporté un cas dans lequel il s'était également mépris; et l'erreur, continuée pendant trois ans, ne fut reconnue qu'à l'autopsie. L'observation vaut la peine d'être rappelée au moins dans ses détails essentiels.

Obs. IX. — Un homme de 55 ans, las de porter depuis plucieurs années un bandage herniaire, voulut se guérir à l'aide d'un topique qui lui enflamma très-vivement l'aîne et le scrotum. Pott fut appelé; il commença par dissiper cette inflammation; après quoi il en vint à l'examen de la hernie. Le testicule avait son volume naturel, mais le cordon était gros et tuméfié quoique mou et indolent, et le toucher donnait la sensation d'une hernie épiploïque. Pott essaya vainement la réduction à plusieurs reprises; il conseilla donc au malade de se borner à porter un suspensoire. Les choses allèrent ainsi sans nul changement pendant trois ans; et l'individu étant mort, Pott procéda à l'autopsie.

« J'y trouvai, dit-il, que ce que j'avais pris pour une portion d'épiploon n'était qu'un amas d'eau dans les cellules de la tunique commune des vaisseaux spermatiques, à l'extérieur de la cavité du ventre; qu'aucun autre corps n'avait passé par le tendon du muscle oblique; et que le testicule et la tunique vaginale n'étaient affectés en aucune façon... Il n'y avait aucune trace de sac herniaire. »

Comment éviter cette erreur? Pott est muet sur ce point; Scarpa déclare que ce qu'il y a de moins incertain, c'est que l'épiplocèle présente en général un peu plus de consistance et une surface plus irrégulière; et de plus que l'hydrocèle diffuse a toujours un peu plus de largeur à sa partie inférieure que vers l'anneau, ce qui est l'inverse dans l'épiplocèle. Je ferai observer que ce dernier signe serait des plus propres à induire en erreur; et que le plus communément, contre le dire de Scarpa, l'épiplocèle est moins large à l'anneau qu'à sa partie inférieure. Du reste, Scarpa conclut que l'art est ici en défaut, et que ce point a besoin de nouvelles recherches (1).

Dans les cas les plus simples, une ponction avec la lancette ou le trocart éclaircirait bien des doutes; mais si l'hydrocèle se compliquait d'un épiplocèle, si l'épiplocèle lui-même se trouvait infiltré ou parsemé de petits kystes séreux, il faut bien reconnaître que le diagnostic ne pourrait être établi que par l'incision et la dissection de la tumeur.

---

(1) Scarpa, *Mémoire sur les hernies,* Ier mémoire, § 31. — Scarpa s'élève en cet endroit et ailleurs contre Pott, qui aurait cherché à donner un signe pathognomonique de l'hydrocèle diffus. C'est une singulière méprise; ce que dit Pott s'applique uniquement à l'hydrocèle enkysté, et se trouve même dans un chapitre différent de celui qui traite de l'hydrocèle par infiltration.

Le pronostic n'est pas grave quand le sujet se résigne à garder sa tumeur; mais elle est à peu près incurable sans opération.

L'incision paraît ici le mode le plus sûr et le plus efficace. Bertrandi raconte bien que le séton a plusieurs fois réussi dans ces cas, mais sans en citer d'exemple. M. Velpeau a essayé une fois de traverser toute la tumeur dans le sens de sa longueur avec un simple fil; autant qu'on peut l'induire de son récit, elle se transforma en un abcès qu'il fallut ouvrir largement. L'incision d'ailleurs ne paraît pas offrir de danger sérieux quand la tumeur est d'un volume moyen et la santé générale bonne. Nous rapportons avec quelques détails les deux faits suivants empruntés à Pott et Scarpa.

Obs. X.—Un homme de moyen âge se présenta à Pott avec un gonflement considérable du scrotum. Pott crut reconnaître une tumeur aqueuse, située principalement dans le cordon spermatique. Le dartos était bien un peu épaissi par l'infiltration d'une petite quantité d'eau dans quelques-unes de ses cellules; mais le testicule était facile à distinguer, et la partie supérieure du cordon était engorgée elle-même.

Un petit trocart fut enfoncé dans la tumeur, et donna d'abord issue à une sérosité limpide; mais elle s'arrêta bientôt, et malgré l'introduction répétée d'une sonde à travers la canule, il ne fut pas possible de dissiper la tuméfaction du cordon. On mit des cataplasmes émollients, on purgea le malade tous les deux ou trois jours pendant une quinzaine; l'engorgement restait le même.

Le chirurgien se décida à faire une large incision de l'aine au testicule. Il s'en écoula beaucoup de sérosité, non-seulement de la partie inférieure, où il semblait y en avoir eu un amas considérable dans une cavité, mais encore de tout le tissu cellulaire qui enveloppe les vaisseaux spermatiques. L'incision fut pansée avec un linge doux; pendant trois ou quatre jours la sérosité coula en abondance; puis la suppuration lui succéda; la tumeur s'affaissa complétement, et la guérison eut lieu.

On voit déjà dans cette observation l'inefficacité des remèdes locaux ou généraux; mais elle ressort bien autrement de l'observation suivante, où le traitement fut continué beaucoup plus longtemps.

Obs. XI.—Un homme de 40 ans fut opéré par incision d'un hydrocèle ordinaire. La poche évacuée, l'opérateur reconnut que le cordon était infiltré. Il ne s'en inquiéta pas autrement, et après la cure du premier hydrocèle, il eut recours aux topiques résolutifs les plus puissants; mais en vain, et dans l'espace de dix-huit mois, la tumeur acquit un volume très-considérable. Ce fut alors que le malade eut recours à Scarpa.

Scarpa fit une incision latérale selon la longueur du cordon jusqu'au voisinage du testicule. La base de la tumeur étant ouverte, laissa écouler d'un seul jet trois onces de sérosité. Le reste du cordon ne se dégorgea pas également; le fond et les côtés de l'incision, du côté de l'aine, étaient occupés par une substance semblable à la gélatine. La plaie fut pansée avec de la charpie.

Les deux premiers jours, l'appareil se trouva baigné par la sérosité. Le troisième, survint une inflammation vive avec une forte fièvre; le cinquième, se montra une suppuration abondante et fétide, et les jours suivants se détachèrent du fond et des côtés de la plaie des lambeaux de tissu cellulaire putréfiés. Enfin, apparurent des bourgeons charnus, et la guérison eut lieu en quatre semaines.

4° *De l'hématocèle du cordon.*

Pott est le premier qui ait décrit cette sorte d'hématocèle, qui semble avoir été presque oublié de nos jours. Il l'attribue à la rupture des veines spermatiques, mais sans preuve directe, et il me paraît beaucoup plus probable qu'il y a ici quelque rupture de l'une des artères du cordon.

Les causes sont des efforts subits, soit pour porter un fardeau, soit pour toute autre cause; Pott cite un jeune homme qui eut un hématocèle en poussant une selle plus dure que de coutume. Une chute, un saut peuvent également l'amener, même chez les sujets les plus sains. Enfin, quelques affections en favorisent le développement; je possède l'observation d'un soldat âgé de 25 ans, porteur, comme l'autopsie le montra, de masses encéphaloïdes ramollies dans le ventre, et qui, en portant un fardeau, ressentit une vive douleur dans le flanc droit; dix jours après, le cordon et le testicule se tuméfièrent; et la tuméfaction du cordon provenait du sang épanché.

Pour l'ordinaire, le gonflement survient en même temps que la douleur, ou immédiatement après. Le cordon acquiert le volume du doigt, ou même d'un gros boudin; la tumeur s'arrête en bas au testicule, mais remonte au moins jusqu'à l'anneau abdominal. La tumeur est dure, à peu près indolente, et rend un son mat à la percussion; elle n'augmente point par la toux, et elle est irréductible. Dans quelques cas rares, il n'y a pas seulement infiltration du sang dans le tissu cellulaire, mais il se ramasse dans une cavité qu'il se creuse aux dépens du tissu cellulaire, et où l'on peut sentir une véritable fluctuation.

Avec de tels caractères, on ne saurait nier que le siége, la forme, le mode d'apparition de l'hématocèle du cordon ne le rapprochent beaucoup d'une hernie épiploïque. Pott a vu une tumeur de ce genre sur laquelle on avait appliqué un bandage herniaire; et il rapporte un autre cas dans lequel un chirurgien recommandable, ayant essayé sans succès de réduire la prétendue hernie, eut recours à l'opération, et ne fut détrompé qu'après avoir ouvert le cordon qui était gorgé de sang en partie fluide, en partie coagulé, et qui ne contenait d'ailleurs aucune espèce de hernie. Pott lui-même, ayant à examiner un hématocèle datant de plusieurs semaines, et sentant une fluctuation sensible dans la tumeur, inclinait à penser qu'il avait affaire à un épiplocèle avec hydropisie du sac herniaire; un coup de lancette donna issue à plusieurs onces de sang liquide.

Une autre erreur, qui a également été commise, consiste à prendre l'hématocèle pour un hydrocèle diffus du cordon; toutefois l'apparition subite de la tumeur devrait suffire à tenir le chirurgien en garde.

Je crois possible également de distinguer avec assez de certitude l'hématocèle de l'épiplocèle. L'hématocèle survient subitement, et occupe le cordon du haut en bas; jamais l'épiplocèle ne se présente dans de telles circonstances. La seule hernie qui, du premier coup, arrive au testicule

ou même plus bas serait une hernie vaginale ; mais, outre que la hernie vaginale est bien rarement formée par l'épiploon seul, l'épiplocèle récent n'a pas le volume et la densité de l'hématocèle.

J'ai vu une fois un hématocèle du cordon accusé au dehors, au bout de quelques jours, par une propagation de l'ecchymose. Mais ce symptôme n'est pas constant ; il manquait chez le sujet cancéreux dont j'ai parlé plus haut ; et Pott ne paraît pas l'avoir jamais observé.

D'autres fois, au contraire, la même cause qui produit l'hématocèle du cordon amène également l'infiltration sanguine du scrotum. Saviard rapporte le cas d'un individu, porteur d'un hydrocèle, et qui, en montant avec précipitation derrière une voiture, ressentit une douleur subite dans le scrotum ; celui-ci se gonfla presque à vue d'œil, avec des douleurs telles que le sujet fut obligé de se mettre au lit. Comme la tumeur remontait jusqu'à l'anneau, Saviard craignait quelque complication de hernie ; l'incision faite avec prudence montra qu'il ne s'agissait que d'une infiltration de sang.

Au total, en cas de doute, la ponction serait une ressource à peu près pathognomonique.

Il faut bien savoir que cette ponction n'est pas sans quelque péril, et que l'écoulement du sang peut se faire au dehors par cette voie en grande abondance. Dans l'une des observations de Pott, l'hémorragie persista pendant plusieurs jours, malgré tout ce qu'on put faire pour l'arrêter, et il fallut en venir à une opération. Dans un autre cas, le sang avait commencé par couler au dehors, par la plaie de la lancette ; puis cette plaie refusant de lui donner passage, il s'était amassé au dedans et avait accru de beaucoup le volume de la tumeur primitive.

Le traitement proposé contre l'hématocèle est fort rigoureux. Pott n'hésite pas à dire que le seul remède consiste à ouvrir la tumeur dans toute sa longueur. Si l'hémorragie est légère, on l'arrêtera avec la compression et les styptiques ; si elle est plus forte, on recherchera le vaisseau pour le lier ; si enfin, la ligature du vaisseau est impossible, il veut qu'on lie tout le cordon, et conséquemment qu'on enlève le testicule ; et lui-même a eu recours une fois à cette terrible ressource.

Je ne saurais pour mon compte accepter une semblable pratique. Dans le cas d'hématocèle simple que j'ai observé, la résolution se fit sous l'influence du repos et des cataplasmes émollients. Si la ponction ou même l'incision devenaient nécessaires, on se rendrait facilement maître de l'hémorragie sans ligature, par une simple compression exercée sur le canal inguinal à l'aide d'un bandage herniaire ou de tout autre moyen équivalent ; et ce serait, à mon avis, un cas de haute responsabilité chirurgicale que de recourir alors à la castration.

4° *Du varicocèle.*

Après les hernies, le varicocèle est, sans contredit, la plus fréquente des tumeurs du scrotum. Il a été assez mal observé jusque dans ces derniers temps, et le péril des opérations pratiquées pour le guérir semblait

avoir détourné les chirurgiens de son étude; mais, depuis que Breschet a enseigné le moyen de rendre l'opération moins grave, non-seulement les procédés se sont multipliés, mais la pathologie du varicocèle y a considérablement gagné.

Le varicocèle est soumis à des prédispositions qu'il n'est pas toujours facile d'expliquer.

D'abord, à des prédispositions d'âge. C'est de 15 à 25 ans qu'il se développe le plus communément. En réunissant les chiffres donnés à cet égard par M. Landouzy et M. Hélot, on trouve, sur un total de 56 varicocèles :

De 9 à 15 ans..... ...	16.
De 15 à 25 ans.....	31.
De 25 à 35 ans.....	9.

J'ai vu bon nombre de varicocèles qui s'étaient développés beaucoup plus tard; mais toujours alors sous l'influence d'une hernie, et surtout sous la pression du bandage.

Le côté droit y est infiniment moins sujet que le gauche. Sur cent vingt opérations qu'il avait pratiquées, Breschet n'avait eu à opérer qu'un varicocèle à droite. Cette fréquence à gauche, reconnue de tout temps, a été attribuée à diverses causes. J.-L. Petit alléguait la pression exercée sur les veines spermatiques par les matières fécales accumulées dans l'S iliaque du colon; M. Landouzy a noté précisément que, sur 17 malades affectés de varicocèle, 1 seul était sujet à une constipation habituelle. Morgagni et après lui A. Cooper ont accusé la disposition de la veine spermatique, qui à droite se rend dans la veine-cave ascendante dans une direction presque parallèle à celle de ce vaisseau, et, conséquemment, dans un sens favorable au cours du sang, tandis qu'à gauche, elle se jette à angle droit dans la veine émulgente, c'est-à-dire dans une direction perpendiculaire au courant sanguin qui retourne du rein, ce qui semble devoir entraver la circulation. Cette disposition ne saurait être regardée comme insignifiante; et je tiens de M. Vidal qu'ayant rencontré un varicocèle à droite, il s'était assuré que le cœur et les vaisseaux étaient transposés. M. Vidal semblait même disposé à penser qu'une semblable transposition devrait se rencontrer dans tous les cas de varicocèle à droite. J'avais vu un assez bon nombre de varicocèles du côté droit, sans avoir, à la vérité, recherché la position du cœur; mais, tout récemment, j'en ai opéré un dont je donnerai l'observation plus loin; et je me suis assuré que le cœur occupait bien sa place naturelle.

Enfin, on a allégué que les veines du côté gauche sont plus longues qu'à droite, attendu que le testicule descend plus bas, et que le testicule gauche est aussi plus volumineux que le droit. Or, rien de tout cela n'est exact. En recherchant la hauteur des deux testicules et leur influence

(1) Landouzy, *Essai sur le varicocèle, Journ. des Conn. Médico-Chir.*, janvier 1838. — Hélot, *Du varicocèle et de sa cure radicale; Arch. gén. de médecine*, septembre 1844.

sur la production des hernies, j'ai trouvé que les deux testicules sont quelquefois au même niveau, et qu'assez souvent le testicule droit descend plus bas que le gauche. Sur 46 sujets où le niveau était différent, j'ai trouvé 16 fois le testicule droit plus déclive que l'autre. Quant au volume du testicule, M. J. Cloquet, pesant comparativement le testicule avec son cordon des deux côtés, a trouvé en poids :

Du côté droit, 1 once 2 gros.
— gauche, 1 — 1 — 26 grains.

Et, en pesant seulement le testicule et l'épidydyme :

Du côté droit, 6 gros 26 grains.
— gauche, 5 — 24 grains.

Acceptons donc les faits, et méfions-nous des théories.

Est-il vrai que le varicocèle soit plus commun dans le Midi que dans le Nord? Question pour le moment insoluble. Il semble mieux établi que le varicocèle se transmet par voie d'hérédité; M. Blandin cite trois frères qui furent exemptés du service pour varicocèles, et dont le père en était également affecté.

On aurait pu penser que la prédisposition aux varicocèles se lierait peut-être à une prédisposition à d'autres varices. Sur quinze sujets atteints de varicocèle, M. Landouzy n'a trouvé qu'une seule fois des varices au membre inférieur ; et sur une vingtaine de sujets variqueux, il n'a pas trouvé de traces apparentes de varicocèle.

Les causes sont tout aussi sujettes à discussion. La masturbation et l'abus des plaisirs vénériens ont été accusés, peut-être avec quelque vraisemblance ; mais leur influence ne ressort pas aussi clairement des faits qu'on pourrait le désirer. Quant aux passions de l'âme, à la danse, à l'équitation, etc., il n'y a pas même un commencement de preuve. Les contusions, les inflammations du cordon et du testicule ont bien pour effet de gonfler les veines, mais ce gonflement disparaît généralement avec l'inflammation elle-même. La cause la moins contestable est la pression d'un brayer trop fort ou mal appliqué; et encore est-il vrai de dire que cette cause agit bien moins souvent qu'on ne serait tenté de le croire. Des tumeurs abdominales comprimant les veines spermatiques, de grosses hernies non contenues, peuvent produire le même effet; A. Cooper accuse l'obésité, à raison de la graisse accumulée dans le mésentère et l'épiploon, qui pèserait aussi sur les veines ; une ceinture ou des pantalons trop serrés ont paru quelquefois exercer une fâcheuse influence. Peut-être, pour ne pas mettre l'illusion à la place de la réalité, faudrait-il dire que la plupart de ces causes favorisent l'accroissement d'un varicocèle déjà existant; et ce qui est certain, c'est que la cause efficiente de la plupart des varicocèles nous reste complètement inconnue.

C'est qu'en effet la plupart des varicocèles débutent avec tant de lenteur, et avec si peu de douleur et de gêne, que nombre de sujets les portent sans s'en douter. Les premiers symptômes appréciables

sont : un sentiment de pesanteur dans les bourses qui sont molles et pendantes ; l'accroissement de leur volume par la chaleur ou par des courses forcées ; une sorte de prurit qui force les malades à y porter la main, comme pour leur donner une position plus favorable. La sécrétion cutanée du côté affecté est plus abondante ; la portion du scrotum qui touche la cuisse, et surtout le pli cutané qui les sépare est le siège d'un intertrigo, sorte de dartre furfuracée et humide ; et une tache rouge de même nature ne tarde pas à occuper la cuisse, où elle marque pour ainsi dire l'impression du scrotum. Cette altération de la peau, qui accompagne si souvent le varicocèle et que nous considérons comme une de ses conséquences, pourrait bien peut-être le précéder dans quelques cas et en devenir même la cause déterminante ; et l'habitude de porter les bourses à gauche dans des pantalons serrés ne serait peut-être pas non plus sans influence sur le développement de l'une et de l'autre affection.

Le varicocèle arrive souvent à un assez gros volume sans produire d'autres symptômes ; mais souvent aussi un varicocèle, même léger, en détermine de bien plus fâcheux. C'est d'abord un sentiment de pesanteur et de tiraillement qui remonte à l'aine et jusqu'aux reins ; le moindre frottement du cordon ou du testicule est pénible ; la marche, les efforts, la station prolongée amènent une fatigue prompte ; quelques sujets ne peuvent même faire quelques pas sans suspensoir ; il en est que la moindre cause rend haletants, épuisés, baignés de sueur ; un malade de Breschet disait qu'après une course de deux cents pas, il était prêt à se pâmer *comme le poisson sur le sable*. Enfin quelquefois à ces symptômes s'ajoutent des irradiations de douleurs dans le dos et le ventre, des coliques, de la pesanteur au fondement, des cuissons dans la verge et dans le canal de l'urètre, etc. Certains sujets s'affectent profondément de leur état, et la mélancolie qui en résulte peut aller jusqu'au suicide.

Si cependant on regarde le cordon lui-même, on le trouve dans le principe un peu plus gros que celui du côté sain ; et en l'effilant entre les doigts, on sent les veines à la fois plus grosses et plus nombreuses. Plus tard, les veines acquièrent à la fois plus de longueur et d'épaisseur, se présentent sous la forme d'une tumeur molle, pâteuse, mobile, étendue de l'anneau au bord supérieur du testicule, offrant des nodosités et des circonvolutions qui l'ont fait comparer à un peloton de cordes irrégulièrement roulées, à un amas de vers de terre, etc. On les effile encore entre les doigts ; mais les unes offrent un tube régulier à parois molles et fluctuantes, les autres sont noueuses, quelques-unes dures, comme si elles étaient remplies de caillots fibrineux ; enfin des calculs du volume d'un grain de millet à un pois ont été trouvés dans les veines par Lobstein et par Boujalski, et donneraient à l'observateur une sensation toute spéciale.

A un plus haut degré d'accroissement encore, les veines flexueuses descendent en arrière de l'épididyme et du testicule ; celles de la

cloison, celles du dartos et des téguments se dilatent à leur tour ; M. Landouzy a vu de ces veines sous-cutanées avoir le volume de la veine crurale. La tumeur prend des proportions démesurées, elle peut descendre jusqu'à mi-cuisse, et offrir le volume d'une tête de fœtus à terme. En même temps, le testicule tend à s'atrophier ; cette atrophie, tantôt hâtive, tantôt tardive, procède parfois rapidement, d'autres fois avec une extrême lenteur ; quant à sa fréquence, on peut en juger par ce fait que sur quinze varicocèles dont il a donné les observations, M. Landouzy a trouvé *neuf fois* le testicule gauche plus ou moins atrophié. M. Robert Melchior a rencontré cette atrophie dans trois cas sur dix (1).

A. Cooper a donné quelques détails sur l'anatomie pathologique du varicocèle, qui n'apprennent rien de plus que l'inspection sur le vivant.

Le diagnostic du varicocèle est fort simple quand il est simple lui-même; nulle autre tumeur ne se laisse ainsi effiler entre les doigts. A la vérité, il augmente de volume par la station, diminue par le repos au lit, peut être réduit par une pression méthodique comme une hernie ; mais après cette réduction, si l'on presse du doigt sur l'anneau, la hernie ne sort plus; tandis que le varicocèle ne tarde pas à se remplir. S'il était compliqué d'engorgement du cordon, d'hydrocèle diffus, de hernie, le cas serait un peu plus difficile ; mais une attention minutieuse empêcherait encore de le méconnaître.

Le pronostic est fort simple, en général. Il prend plus de gravité quand le varicocèle détermine de vives douleurs, une tristesse profonde ; il est plus grave encore quand il s'accompagne de l'atrophie du testicule; enfin, la condition la plus grave et qui a échappé à tous les observateurs, est celle d'un varicocèle énorme compliqué d'une hernie qu'il empêche de contenir, et qui en raison de cette complication même ne saurait être soumis à l'opération.

Le varicocèle léger peut se passer de tout traitement. Cependant il est utile de le soutenir avec un suspensoir; cette seule précaution a quelquefois suffi pour dissiper l'intertrigo de la cuisse et du scrotum. On y joint avec utilité les lotions froides et astringentes.

Dans des cas un peu plus graves, M. Hervez de Chégoin a conseillé de relever le testicule près de l'anneau, et de lier le scrotum au-dessous avec un cordon modérément serré. Je doute que cette ligature pût être supportée bien longtemps. C'était dans une vue analogue qu'A. Cooper recommandait l'excision d'une partie du scrotum, opération purement palliative, qui cependant trouverait peut-être dans quelques cas une utile application.

A. Cooper conseille aussi un autre moyen palliatif, qui consisterait à appliquer sur le scrotum des vésicatoires ou d'autres applications irri-

---

(1) *Mémoire sur l'opération du varicocèle par le procédé de M. Ricord ; Revue médico-chir.*, sept. 1847.

tantes, pour épaissir la peau et lui faire exercer une pression plus forte sur les veines dilatées.

Pour résumer mon avis sur ces divers moyens, je pense que, sauf des cas exceptionnels, la cure palliative ne veut pas autre chose que le suspensoir ; et, s'il ne suffit pas, il faut chercher à obtenir la cure radicale.

Je ne rappellerai pas ici les opérations autrefois mises en usage, la cautérisation avec le fer rouge, l'excision des veines variqueuses, ni même la ligature des veines mises à nu par une incision préalable. Peut-être seulement la cautérisation par les agents chimiques serait-elle tentée sur le varicocèle avec autant de succès que sur les autres varices. M. Amussat a lié une fois péniblement toutes les artères du cordon ; le testicule s'atrophia, et le varicocèle fut notablement amélioré (1). D'autres chirurgiens ont excisé le canal déférent, ce qui équivaut à une véritable castration; d'autres ont eu recours à la castration même. Tout cela est aujourd'hui hors de cause.

C'est en 1834 que Breschet rappela l'attention des chirurgiens sur le traitement du varicocèle, en faisant connaître un procédé qui lui avait donné les meilleurs résultats. Il comprimait à la fois le paquet variqueux et la peau du scrotum entre les mors d'une pince qui restait en place jusqu'à mortification et séparation des parties ainsi comprimées. Il en résultait une plaie avec perte de substance fort étendue en largeur, et qui demandait un assez long temps pour se cicatriser. M. Landouzy a imaginé une autre pince qui, en comprimant les veines et la peau qui les recouvre en avant et en arrière, laissait toutefois intact le pli extérieur des téguments; le scrotum était ainsi troué de part en part, et la peau offrait deux plaies au lieu d'une, mais deux plaies beaucoup plus petites ; et le pont de téguments qui les séparait servait à maintenir leurs bords rapprochés et favorisait beaucoup la cicatrisation. On peut en juger par le résultat suivant : En analysant les treize observations rapportées dans le mémoire de M. Landouzy, on voit que la cicatrisation dans le procédé de Breschet exigeait de trente-cinq à quarante-huit jours ; et avec la nouvelle pince, de dix-huit à trente-huit jours.

Cette compression poussée jusqu'au sphacèle déterminait parfois des accidents sans doute, mais par exception, et qui ne compromettaient point la vie ; car, à l'époque où M. Landouzy publia son Mémoire, sur plus de 120 opérations, on ne comptait pas une seule mort.

A quoi tenait cette immunité ? On l'attribua à ce que les veines demeuraient hors du contact de l'air ; et l'on se demanda si, en observant cette condition, l'opération ne pouvait pas être simplifiée.

M. Velpeau entra le premier dans cette voie. Il ramasse le paquet variqueux dans un pli de la peau du scrotum, passe par-dessous une première épingle, qui traverse le pli cutané à sa base de part en part, et

(1) *Archiv. gén. de médecine*, 1829, t. XIX, p. 461, 462, 614.

une deuxième épingle à environ 3 centimètres au-dessous de la première. Sur chaque épingle, on jette un fil que l'on serre avec force. Dans le principe, M. Velpeau faisait décrire à ce fil des huit de chiffre comme dans la suture entortillée. Aujourd'hui, il passe le fil circulairement autour des deux bouts de chaque épingle. Les parties ainsi embrassées se mortifient comme dans le procédé de Breschet; l'escarre tombe, et la cicatrice s'opère de la même manière.

Sur un grand nombre de malades ainsi opérés, il n'y a pas eu d'accidents vraiment graves; deux fois la tunique vaginale a suppuré, parce que l'épingle inférieure avait été placée trop bas, et la cicatrisation a demandé de vingt-huit à trente-cinq jours.

M. Raynaud, de Toulon, au lieu des épingles, préfère passer une anse de fil sous le paquet variqueux à l'aide d'une aiguille courbe, en y comprenant de même le pli des téguments, et de telle sorte que l'entrée et la sortie de l'aiguille soient écartées d'environ 3 centimètres. Il serre ensuite les deux bouts de l'anse sur un cylindre de linge très-épais placé sur la peau même. On resserre la ligature jusqu'à ce que les vaisseaux soient divisés, ce qui a lieu du quinzième au dix-huitième jour; et l'on achève de couper avec le bistouri la peau amincie comprise dans l'anse. Dans les deux observations rapportées en exemple, la cicatrisation était complète du vingt-septième au vingt-neuvième jour (1).

M. Vidal, de Cassis, avait d'abord modifié ce procédé en passant sous les veines un fil métallique au lieu d'un fil ordinaire, et en le serrant sur le globe d'une petite bande. Il a imaginé depuis un procédé tout à fait nouveau, *l'enroulement*. Il passe d'abord, à l'aide d'une aiguille droite, un fil d'argent derrière le paquet variqueux; un autre fil est passé de même en avant par-dessous la peau, et par les mêmes ouvertures. Les veines ainsi comprises entre les deux fils, on tord ensemble les extrémités de ceux-ci, de manière à leur faire former un cordon métallique qui, en se tordant toujours, finit par entraîner dans son mouvement de rotation les parties comprises entre les deux fils qui le composent; et c'est ainsi que les veines s'enroulent sur ce double fil métallique, comme une corde sur un treuil. On place alors un petit globe de bande sur la peau qui sépare l'entrée et la sortie des deux fils; on fixe les deux bouts de ceux-ci sur ce globe par une nouvelle torsion, qu'on augmente autant qu'il est nécessaire jusqu'à ce que les veines soient divisées; alors, ou bien on opère la section de la peau avec le bistouri, ou l'on attend qu'elle se coupe d'elle-même (2).

En analysant les quatorze observations publiées par M. Vidal, on voit que les fils ont pu être enlevés généralement du douzième au dix-neu-

---

(1) J. Roux, *Mémoire sur une nouvelle méthode pour opérer la cure radicale du varicocèle; Gaz. médicale*, 1837, p. 821.

(2) Vidal, *De la cure radicale du varicocèle; Annal. de la chirurgie*, octobre 1844.

vième jour ; une fois seulement le vingt-septième. La guérison a eu lieu du vingt-huitième au cinquante-huitième jour.

Dans tous ces procédés, il y a toujours une portion de peau sacrifiée. On a donc cherché à éviter cet inconvénient à l'aide d'une simple ligature sous-cutanée des veines.

Il paraît que M. Ricord a le premier tenté ce moyen avant 1840 ; je le trouve ainsi décrit dans le Mémoire de M. Hélot : « Une aiguille traverse le pli de la peau en arrière des veines ; alors, le pli de la peau étant abandonné, on fait pénétrer l'aiguille par son ouverture de sortie, et elle est conduite immédiatement sous la peau en avant des veines jusqu'à son ouverture d'entrée. Le paquet vasculaire se trouve ainsi embrassé par une anse de fil dont les deux chefs n'ont qu'une même ouverture d'entrée et de sortie. On opère la constriction définitive par un nœud, et l'opération est terminée. »

M. Velpeau a également essayé ce procédé qu'il rapporte à M. Gagnebé ; deux de ses opérés ont été pris d'un érysipèle phlegmoneux intense ; et, au total, la guérison est restée incomplète. M. Ricord, par d'autres motifs, n'a pas tardé à l'abandonner. D'ailleurs, on n'en a pas publié d'observations bien détaillées.

Je l'ai mis en usage en 1843, avec la précaution de passer autour des veines une double anse de fil, n'en serrant qu'une d'abord, et me réservant de serrer l'autre plus tard. Vers le vingtième jour, la section des veines n'étant point opérée, je serrai la deuxième anse. Le trentième jour, les fils tenaient encore ; un abcès phlegmoneux avait exigé deux ouvertures ; j'essayai d'enlever les fils, ils se rompirent près du nœud ; et le malade les garda ainsi forcément plus de deux mois. Ils finirent par être expulsés. La guérison a été très-solide, et jusqu'ici ne s'est pas démentie.

C'est probablement pour se réserver aussi la faculté de renouveler la striction, que M. Ricord a imaginé le procédé très-ingénieux que voici. Avec une aiguille droite, il passe, derrière les vaisseaux, un fil double dont l'extrémité forme par conséquent une anse ; par l'ouverture de sortie, il repasse une seconde aiguille qui sort à l'ouverture d'entrée, entraînant également un fil double. Les deux chefs du premier fil sont engagés dans l'anse du second ; les deux chefs du second dans l'anse du premier ; et, en tirant sur ces chefs en sens contraire, on étreint les veines dans un nœud coulant que l'on serre à volonté en ramenant les fils sur un serre-nœud particulier en forme de fer à cheval.

Dans les deux cas rapportés par M. Hélot, la section des veines avait eu lieu du quinzième au vingtième jour ; mais aujourd'hui M. Ricord serre plus modérément ses fils ; et, sur 10 cas observés par M. Robert Melchior, elle a eu lieu seulement du vingt-sixième au trente-deuxième jour.

Enfin, moi même, cherchant à conserver la ligature sous-cutanée, sans les embarras du nœud simple, sans la complication du serre-nœud de M. Ricord, je songeai à entourer le faisceau variqueux d'une anse de fil simple dont les chefs, passant par la même ouverture, seraient noués sur

un petit rouleau de diachylon ou un bout de sonde comme dans la suture enchevillée ; et, en faisant un nœud à rosette, on renouvellerait la striction à volonté.

J'ai essayé ce procédé pour la première fois le 8 mai 1846, sur un sujet de 32 ans, qui insistait pour être débarrassé de son varicocèle. Le dixième jour, en voulant resserrer les fils, je m'aperçus qu'ils étaient macérés et avaient perdu leur solidité. Il fut facile d'attacher un fil nouveau à l'un des bouts du fil ancien, et, en retirant celui-ci, de le remplacer par l'autre. La ligature tomba le dix-huitième jonr ; les deux petites plaies étaient cicatrisées le vingtième.

Ici, pour ménager la peau, j'avais placé, sous la cheville, une rondelle d'agaric et une rondelle en carton que traversaient les deux chefs de l'anse de fil. J'ai délaissé depuis cette petite complication. Je prends soin aussi de doubler ma ligature et de m'assurer de sa force. Voici un exemple de cette façon d'opérer.

Varicocèle à droite, opéré par mon nouveau procédé; chute des ligatures le 20e *jour; cicatrisation le* 25e.

Obs. XII.—Lev..., 18 ans, avait eu, à l'âge de 9 ans, une forte contusion du testicule droit. Le scrotum demeura plus volumineux de ce côté que de l'autre ; et, à 16 ans, le sujet commença à s'apercevoir que, quand il faisait de longues courses ou qu'il restait longtemps debout, le gonflement augmentait et amenait un peu de douleur. Les choses ne firent qu'empirer avec le temps, et il vint nous consulter le 29 juin 1847. Le scrotum, du côté droit, présentait un empâtement général, qui semblait résulter à la fois d'un varicocèle et d'un hydrosarcocèle. Une ponction vida l'hydrocèle et montra que le testicule était sain. Le 12 septembre, l'hydrocèle s'étant reproduit, il entra dans mon service à l'hôpital Saint Louis ; je fis une injection de teinture d'iode ; le 27 il était guéri et quitta l'hôpital.

Mais bientôt de nouvelles douleurs apparurent, rayonnant du scrotum jusqu'aux lombes ; la bourse droite se tuméfiait à la moindre marche ; le sujet fatigué, essoufflé, était obligé de s'arrêter. Il revint à l'hôpital, où il présenta cette fois un varicocèle assez considérable. Je l'opérai, le 6 janvier, par la ligature sous-cutanée serrée sur un rouleau de diachylon. Les accidents furent légers. Le 11, la pression du rouleau de diachylon parut ulcérer la peau. Le 14, un petit abcès fut ouvert à la partie postérieure du scrotum, il était fermé le 18. Le 22, j'enlevai le rouleau de diachylon, et resserrai la ligature sur les vaisseaux mêmes. Le 26, chute de la ligature ; le 1er février, cicatrisation complète.

Voilà un cas bien tranché de varicocèle à droite, et, comme je l'ai dit déjà, sans aucun déplacement du cœur. Le sujet, assez grêle, d'un tempérament lymphatique, présentait un système veineux très-peu développé ; il n'avait ni varices aux membres ni hémorroïdes ; et ses parents mêmes, à son dire, n'en avaient jamais souffert ; il s'était toujours bien porté, seulement il était enclin à la masturbation. L'origine première du varicocèle semblait donc remonter à la contusion du testicule ; l'opération de l'hydrocèle en aurait hâté, et la masturbation favorisé le développement.

Si maintenant nous comparons ces divers procédés, quant à la sim-

plicité d'exécution, à la rapidité de la cicatrisation, aucun ne peut être comparé à celui que j'ai employé en dernier lieu. A la vérité, il laisse le scrotum aussi flasque et aussi pendant qu'auparavant, et la perte de substance déterminée par les procédés de Breschet, de MM. Reynaud et Velpeau, a paru une condition favorable. Mais en réalité cette perte de substance est trop peu de chose pour avoir l'importance qu'on lui donne, et qu'on n'a pas d'ailleurs suffisamment vérifiée.

M. Vidal a allégué en faveur de l'enroulement, qu'il diminue la longueur des veines et l'abaissement du testicule, causes puissantes de récidives. M. Robert Melchior a eu l'idée de mesurer la longueur des varices avant et après l'opération; sur cinq varicocèles opérés par M. Ricord, le raccourcissement a été de 5 à 10 centimètres; sur trois varicocèles opérés par M. Vidal, le raccourcissement a été de 5 à 6 centimètres. L'avantage attribué à l'enroulement à cet égard serait donc purement imaginaire.

Mais une plus grave question se présente; c'est le danger de la récidive. M. Velpeau semble accuser d'inefficacité la ligature simple; M. Vidal reproche au procédé de M. Ricord de donner plus de récidives que tout autre. A la vérité, M. Robert Melchior répond que M. Ricord a fait suivre un grand nombre de malades et n'a jamais trouvé un cas de récidive. Cette assertion est plus que hazardeuse; le varicocèle de la première observation de M. Hélot a été opéré deux fois par M. Ricord lui-même, et a récidivé deux fois; et chez un interne opéré par le même chirurgien, le varicocèle a également reparu. Pour mon compte, je puis répondre de la guérison de mon premier opéré; mais j'avoue que je n'ai revu aucun des autres.

Il faut bien reconnaître d'ailleurs que la récidive peut survenir après tous les procédés; en sorte qu'il ne s'agit que d'une question de fréquence. M. Landouzy rapporte l'histoire d'un homme qui avait été opéré deux fois par Breschet; M. Hélot en cite un autre; M. Vidal a opéré pour la troisième fois un malade qui avait passé déjà par les procédés de Breschet et de M. Ricord. M. Hélot signale de même un cas de récidive chez un opéré de M. Velpeau.

Pour dire toute ma pensée à cet égard, je crois que ces récidives sont infiniment plus communes qu'on ne semble le croire, et qu'il en est du varicocèle comme des autres varices. Tout le monde avait aussi à vanter des guérisons définitives; lorsqu'on y a regardé de plus près, on a vu la plupart de ces guérisons faire place de nouveau à la maladie. Cela doit retenir déjà quelque peu les chirurgiens qui seraient tentés d'opérer trop légèrement les varicocèles; et il faut ajouter que, malgré leur innocuité habituelle, on cite un cas de mort par le procédé de Breschet, et un autre par celui de M. Ricord.

Il faut donc ne toucher au varicocèle que lorsque la gêne et la douleur qu'il occasionne sont intolérables pour celui qui le porte, et que le malade demande avec instance à en être délivré. La complication d'une hernie est une contre-indication redoutable; j'ai vu avec

Breschet un malade venu à Paris pour se faire débarrasser à la fois d'un varicocèle et d'une hernie; nous fûmes d'avis qu'il devait se contenter de porter un bandage et un suspensoir. J'ai vu un autre malade, bien plus grièvement affecté, chez qui le varicocèle était tellement volumineux qu'il mettait un obstacle absolu à la contention de la hernie. Le sujet était vieux et cacochyme; je l'abandonnai avec regret à une double affection qui devait abréger ses jours. C'est le seul cas de ce genre que j'aie eu occasion d'observer; et sur un sujet plus jeune et mieux portant, je crois que j'aurais tenté quelque chose.

On ne s'est pas beaucoup occupé des suites de l'opération sur la fonction génératrice. Despech fut assassiné par un individu à qui il avait lié les veines spermatiques des deux côtés, et qui attribuait à l'opération une impuissance qui était peut-être l'effet de la maladie. Au contraire, M. Vidal dit qu'un de ses opérés, qui avait une voix de castrat avant l'opération, recouvra après une voix plus mâle. La question ne me paraît nullement jugée. Tout au moins faut-il prendre le plus grand soin pour écarter le canal déférent de la ligature; on le reconnaît en général à sa dureté, à sa forme cylindrique; mais, pour plus de sûreté, il est bon de le comparer à celui du côté sain, et de s'assurer qu'ils sont l'un et l'autre en dehors de la ligature. Quelques chirurgiens veulent qu'on fasse marcher le malade ou qu'on chauffe le scrotum pour faire gonfler les veines avant l'opération; ce qui me paraît inutile d'abord, et peut-être nuisible en masquant davantage le canal déférent. Enfin, M. Vidal a noté, dans certains cas de varicocèle, une atrophie du canal déférent qui rend sa recherche plus difficile encore; il importe que le chirurgien soit prévenu de cette difficulté.

6° *Des hydatides du cordon.*

Le cordon spermatique peut, sans doute, comme toute autre partie, être le siége d'hydatides; mais peut-être n'en existe-t-il pas jusqu'ici d'observation positive. Bertrandi allègue bien, dans son *Mémoire sur l'hydrocèle*, qu'on en a rencontré souvent; mais outre que cette allégation se produit sans preuves, il faut se souvenir qu'au dix-huitième siècle on prenait trop facilement pour des hydatides de simples kystes séreux. C'est là aussi ce qui rend douteuse à mes yeux l'observation suivante, empruntée à Nannoni.

Obs XIII. — « Un jeune paysan portait un hydrocèle depuis son enfance. La tumeur devenant incommode, il résolut de se soumettre à l'opération pour la cure radicale; et entra à l'hôpital où il fut traité par l'incision. Quand la tunique vaginale fut ouverte, on trouva dispersées le long du cordon spermatique et sur le testicule, plusieurs petites hydatides, qui furent ouvertes avec les ciseaux. La cure s'acheva de la manière la plus simple, et le patient ne tarda pas à quitter l'hôpital, parfaitement guéri. »

L'époque moderne n'est pas beaucoup plus satisfaisante. On lit dans l'édition de Sabatier publiée sous les yeux de Dupuytren :

« Un kyste hydatique développé dans l'épaisseur du cordon ou dans celle de

l'une des bourses peut, par sa mollesse, sa résistance, par sa transparence plus ou moins marquée, par les bosselures et par les autres caractères qu'il présente, faire croire à l'existence d'une hydrocèle du cordon ou de la tunique vaginale. C'est surtout avec les hydrocèles dont la cavité est divisée par des cloisons en plusieurs cellules, qu'il est facile de les confondre.

M. Dupuytren a vu plusieurs individus d'une même famille affectés de cette singulière maladie. Il les a tous guéris par l'incision du kyste.»

Ces sujets dont il est ici question, portaient-ils des hydatides dans le cordon ou dans le tissu cellulaire des bourses? C'est ce que Dupuytren laisse à deviner.

A. Cooper n'a observé qu'un seul kyste hydatique dans cette région; il occupait l'épididyme.

M. Larrey a vu cinq fois des hydatides développées dans la tunique vaginale; et il exprime l'idée que si elles envahissaient le cordon, il faudrait recourir à la castration ; mais il ne paraît pas avoir observé de cas semblable (1).

Dans mes dissections de hernies et de tumeurs du scrotum à Bicêtre, je n'ai rencontré qu'un seul cas d'hydatides ; il en existait une masse ayant à peu près le volume du poing, développée dans le bassin derrière le pubis, et envoyant un prolongement dans le scrotum à travers l'anneau inguinal, mais par une éraillure du fascia transversalis et au côté interne du cordon qui restait absolument en dehors. Je possède l'observation avec un dessin de la pièce. J'en fais mention ici, parce que, si ce sujet avait été opéré, on aurait bien pu croire à des hydatides développées dans le cordon, tandis qu'elles lui étaient tout à fait étrangères.

7° *Des tumeurs gommeuses ou tubercules syphilitiques du cordon.*

Je laisserai de côté tout ce qui se rattache à l'histoire générale de ces tumeurs, qui se montrent à la troisième période de la syphilis, et qui, le plus souvent, se développent sous la peau, dans l'épaisseur de la langue, du voile du palais, etc. Ils sont fort rares dans le cordon spermatique, et M. Ricord est le seul, si je ne me trompe, qui en ait rapporté des observations.

Obs. XIV. — La planche 31 de sa *Clinique iconographique* en présente un exemple pris chez un sujet de 50 ans, qui avait eu un chancre dix ans auparavant. Il portait des tubercules sous la peau du côté externe de la cuisse gauche, des deux avant-bras et du scrotum. « Quand le malade fut soumis à mon observation, dit l'auteur, je fis dessiner celui de ces tubercules qui avait pour siége le scrotum. Il était volumineux, à base profonde, englobant le cordon testiculaire jusqu'à a naissance de l'épididyme. La peau qui le couvrait et lui adhérait était d'un rouge violacé, offrant une ouverture à son sommet qui conduisait dans un foyer profond, duquel s'échappait une suppuration de mauvaise nature, et chargée de détritus organiques. Le testicule et l'épididyme étaient à l'état normal. »

---

(1) *Note sur l'hydrocèle vésiculaire ou hydatique; Gaz. médicale,* 1831, p. 348.

L'iodure de potassium fut donné à la dose de 3 grammes par jour ; l'ulcération pansée avec la solution iodée. En cinq semaines tous les tubercules avaient disparu.

On pourrait se demander pourtant si ce tubercule doit être rapporté au cordon, d'autant que M. Ricord laisse entendre que, comme les autres, il avait commencé sous la peau. Mais cet excellent collègue a bien voulu me communiquer une observation encore inédite, et dans laquelle le tubercule s'était développé dans le cordon lui-même.

Obs. XV. — Bourgault, âgé de 28 ans, tempérament nervoso-bilieux, constitution sèche, avait eu à 22 ans un collier de chancres à la racine du gland. Ils disparurent au bout de quinze jours sans traitement. Depuis cette époque, il eut, à des intervalles divers, plusieurs éruptions cutanées de plus en plus graves ; la dernière survint sur la fin de 1847, et il entra le 19 novembre à l'hôpital du Midi.

Il offrait alors une syphilide tuberculo-crustacée, disséminée sur les membres supérieurs et inférieurs, pour laquelle il fut soumis de prime abord au traitement suivant :

Iodure de potassium, 3 grammes; — deux pilules de proto-iodure de mercure; tisane amère; — quatre portions d'aliments.

Le 10 décembre, on ajouta un bain de sublimé à prendre tous les deux jours ; le 17, on se réduisit à une pilule d'iodure de mercure, en continuant le reste du traitement.

Le 24 décembre, on reconnut, vers le haut de la moitié gauche du scrotum, une tumeur globuleuse du volume d'une noisette, assez bien circonscrite, dure, mobile, semblant comprise dans l'épaisseur de la tête de l'épididyme, et qui fut jugée une tumeur gommeuse. A gauche, presque vis-à-vis, une autre tumeur fut aperçue dans le cordon, du volume d'un cocon de ver à soie, mais dont la transparence révélait un hydrocèle enkysté. Le traitement ne fut nullement modifié.

Le 30, la tumeur gommeuse avait diminué et perdu de sa consistance ; la syphilide était guérie.

Le 4 janvier, la tumeur était réduite au volume d'un pois, dure et indolore à la pression. Mais le 7 on en aperçut une autre au côté opposé du scrotum, précisément au-dessus du kyste auquel elle était accolée ; comme lui du volume d'un cocon, dure, incompressible et un peu douloureuse à une certaine pression. Etait-ce un nouveau kyste surajouté au premier ? Mais il n'y avait aucune transparence ; et après quelques jours d'incertitude, M. Ricord diagnostiqua une nouvelle tumeur gommeuse.

L'hydrocèle enkysté fut opéré le 13 janvier ; il a été parlé plus haut de cette opération et de ses suites.

Quant à la tumeur gommeuse, sous l'influence du traitement général, elle diminua comme la première ; dès le 20 janvier, elle était en pleine résolution, et le malade sortit le 8 janvier complétement guéri.

8° *De quelques dégénérescences du cordon.*

Le cordon spermatique est-il sujet à des tumeurs tuberculeuses ? Tout ce que je puis dire, c'est que je n'en ai vu et n'en connais aucun exemple, même quand l'affection tuberculeuse a envahi l'épididyme et le testicule. Le cas doit donc être au moins très-rare.

Je ne sache pas non plus qu'on ait vu des tumeurs cancéreuses déve-

loppées de prime-abord dans le cordon ; mais, dans diverses variétés du cancer du testicule, on voit le cordon se raccourcir, devenir dur, variqueux, parsemé de nodosités que la dissection montre dues à des dépôts irréguliers de matière cancéreuse dans les mailles de son tissu cellulaire. Quelquefois il en est infiltré en masse ; quelquefois même des tumeurs bien isolées s'y développent, remplies uniquement de la même matière ; et de semblables tumeurs ont été aussi observées dans le bout du cordon, après une ablation du testicule suivie d'abord de succès et menée jusqu'à cicatrisation.

Dans les cas de ce genre, lorsque l'altération du cordon remonte jusqu'à l'anneau, A. Cooper regarde l'ablation de la tumeur comme irrationnelle et impraticable. M. Velpeau a osé cependant disséquer trois fois le cordon jusque dans la fosse iliaque, où il en fit la ligature en masse ; et il s'agissait de cancers encéphaloïdes. Chez l'un de ces opérés, la récidive n'a eu lieu qu'au bout d'un an ; un autre était guéri depuis trois ans quand l'auteur publiait son livre. C'est à peine si l'on peut se promettre de meilleurs résultats quand l'encéphaloïde est limité au testicule ; et cet exemple vaut donc la peine d'être imité.

CHAPITRE III.

DES TUMEURS DESCENDUES DE L'ABDOMEN DANS LE CORDON.

J'ai vu trois fois des abcès de la fosse iliaque se porter dans le canal inguinal, et une fois même la tumeur avait été prise pour une hernie ; mais la moindre attention suffira toujours pour éviter une telle méprise. Je les ai ouverts tous trois par une incision parallèle à l'artère épigastrique ; le doigt porté au fond pénétrait dans la fosse iliaque et le petit bassin par une large ouverture du fascia transversalis. Le pus avait-il fusé dans la gaîne du cordon ? ou bien avait-il détruit le fascia transversalis ? C'est ce que je ne saurais dire. Du reste, mes malades ont guéri tous les trois.

Je traiterai successivement dans ce chapitre : 1° des vieux sacs herniaires vides et restés dans le cordon ; 2° de l'hydrocèle du sac herniaire ; 3° des hernies graisseuses ; 4° des hernies épiploïques considérées comme irréductibles et supposées généralement adhérentes.

1° *Des vieux sacs herniaires faisant tumeur dans le cordon.*

Quand une hernie est réduite, le sac herniaire demeure dans le cordon ; mais tant qu'il n'est pas altéré, il n'y fait pas plus de saillie que n'en faisait le canal séreux péritonéal. Il en est tout autrement quand le sac est ancien, quand il a été sujet à des inflammations répétées, en un mot, quand il a subi des altérations de diverse nature.

Ainsi, le sac enflammé sécrète une lymphe coagulable, susceptible de s'organiser en fausses membranes, et plus tard en brides et en cloisons. Lui-même peut éprouver dans ses diverses parties des transfor-

mations fibreuses, fibro-cartilagineuses, cartilagineuses, et même osseuses. Tantôt ce sont des plaques dures, formées de lames superposées, confondues avec les parois du sac; tantôt il y a des concrétions cartilagineuses pédiculées, en grappes, prêtes à se détacher, quelquefois même libres. J'ai pu vérifier sur le cadavre la plupart de ces altérations, qui ont été admirablement étudiées par M. J. Cloquet (1).

D'autres fois, il y a plusieurs sacs les uns par-dessus les autres; ou bien encore un premier sac à demi oblitéré a été repoussé par une autre portion du péritoine renfermant une hernie nouvelle; et de là des sacs présentant une cavité principale, avec une, deux, trois, quatre cavités secondaires, globuleuses, formant autant d'appendices, et offrant au toucher la sensation de bosselures plus ou moins résistantes. Souvent à ces appendices se rattachent des pelotons adipeux arrondis, qui augmentent la densité de ces bosselures, et peuvent faire croire à des kystes séreux ou à un épiplocèle.

Les commémoratifs peuvent bien aider quelque peu le diagnostic, mais non l'éclairer toujours. Heureusement ces sortes de tumeurs n'entraînent pas de grave incommodité par elles-mêmes; ce n'est guère que quand elles se joignent à d'autres affections qu'elles jettent un doute périlleux dans l'esprit de l'observateur, doute qui d'ailleurs ne peut guère être résolu que dans le cours de l'opération sur le vivant, ou sur le cadavre par la dissection.

2° *De l'hydrocèle du sac herniaire.*

Cette sorte d'hydrocèle est connue depuis longtemps; Saviard et Ledran en ont rapporté des exemples; et la plupart des auteurs modernes en ont fait mention. Ils sont cependant assez rares; Monro n'en avait jamais rencontré, et des chirurgiens bien placés pour l'observation n'en peuvent citer que deux ou trois exemples; pour mon compte, je n'en ai encore rencontré qu'un seul.

Ils se présentent sous deux formes bien différentes. Tantôt le sac n'est pas entièrement oblitéré, et le liquide peut être repoussé dans l'abdomen, ce qui les rapproche de notre première variété d'hydrocèle du cordon. Je ne veux pas parler de l'accumulation de sérosité dans un sac qui renferme encore une hernie, accident beaucoup plus commun et qui se rattache à l'histoire de la hernie même; mais de l'hydrocèle dans un sac vide, et offrant ainsi bien plus de chances pour être confondu avec d'autres tumeurs du cordon.

La sérosité contenue dans l'abdomen pourrait-elle pousser devant elle le péritoine de manière à former un sac herniaire sans hernie, distendu seulement par un liquide?

M. J. Cloquet a rapporté un fait qui tendrait à le prouver, mais qu'il serait superflu de reproduire ici, le sac hydropique s'étant fait jour en dedans du cordon spermatique.

---

(1) J. Cloquet, *Recherches sur les causes et l'anatomie des hernies abdominales*, 1819, p. 136 et *passim*.

Au total, dans tous ces cas, la tumeur est molle, fluctuante ; le liquide rentre facilement dans le ventre, en est repoussé au moindre effort, et il n'y a aucun pédicule de hernie. M. J. Cloquet a noté cependant que, si l'orifice est rétréci, la main qui presse le liquide éprouve parfois lorsqu'il rentre un frémissement, un bruissement particulier, phénomène commun aussi, dans des circonstances analogues, à l'hydrocèle congénial de la tunique vaginale.

Quand le sac est complétement oblitéré, tantôt il ne se rattache à l'abdomen que par un pédicule fibreux mince, impossible à reconnaître sur le vivant ; il est alors tout à fait semblable à l'hydrocèle enkysté ordinaire, et n'offre pas d'autres indications. D'autres fois, il est fermé supérieurement par un petit bouchon d'épiploon qui y adhère ; on sent alors un véritable pédicule herniaire qui peut jeter des doutes dans l'esprit du chirurgien. Il est prudent de s'assurer alors qu'il n'existe nulle communication entre le sac et l'abdomen, avant de passer à une opération un peu grave ; mais, cette certitude obtenue, on peut appliquer ici toutes les opérations que nous avons décrites pour l'hydrocèle enkysté.

3° *Des hernies graisseuses.*

Le tissu celluleux qui double le péritoine est susceptible de se charger d'une notable quantité de graisse, et alors, pressé d'un côté par les viscères abdominaux, de l'autre par la ceinture musculeuse et aponévrotique du ventre, il tend à s'échapper par les points faibles, écarte, éraille les fibres aponévrotiques, ou passe par les ouvertures normales pour se porter au dehors. Le cordon spermatique est assez fréquemment le siége de ces hernies graisseuses.

Il existait bien quelques observations isolées de hernies graisseuses rapportées par Morgagni, Schulze, Henkel ; mais Pelletan est le premier qui ait attiré vivement l'attention sur ce point. En 1780, il avait à disséquer un sujet haut de six pieds et d'un fort embonpoint ; il lui trouva deux tumeurs scrotales du volume des quatre doigts réunis, et que leur forme allongée et cylindrique, leur mollesse et l'inégalité de leurs surfaces, lui firent regarder comme des épiplocèles. La facilité avec laquelle on les réduisait l'avait confirmé dans son opinion ; cependant, la dissection montra qu'il s'agissait de masses adipeuses provenant de la région postérieure de la vessie ; et qui, chose curieuse, en s'engageant dans les anneaux, avaient poussé devant elles une portion du péritoine qui les recouvrait en avant comme la hernie du cœcum.

Pelletan raconte que lorsqu'il communiqua le fait à l'Académie royale de chirurgie, la docte assemblée jugea qu'il s'était fait illusion. Depuis lors, les faits se sont multipliés, et l'on peut même assigner trois origines distinctes aux hernies graisseuses.

Les unes, situées dans le cordon, allongées et généralement peu volumineuses, se prolongent jusque dans le tissu cellulaire sous-péritonéal qui semble leur avoir donné naissance ; rien n'indique cependant

qu'elles aient pris leur développement dans l'abdomen ; et il est plus probable que la graisse s'est accumulée dans une série de cellules disposées le long du cordon et au-dessus du cordon. Peut-être eût-il fallu, en conséquence, les décrire comme des tumeurs graisseuses [développées dans le cordon; mais, d'une part, il reste bien quelque doute sur leur origine réelle; et, d'autre part, elles se rattachent, par leurs caractères, aux autres hernies graisseuses. Elles forment comme elles une masse unique et distincte. Peut-être sont-elles moins facilement réductibles; enfin, elles ne sont jamais accompagnées d'un prolongement du péritoine.

D'autres se sont véritablement développées dans le ventre, dont elles sont sorties un jour comme une hernie ordinaire, par un effort subit; elles peuvent être réduites, elles peuvent être contenues; rien, en un mot, ne les distingue des hernies épiploïques ordinaires. J'ai rapporté ailleurs un cas de ce genre qui présentait cette circonstance que la hernie pouvait bien être réduite, mais que les bandages les plus forts ne la pouvaient contenir. Pelletan croyait que celles-ci entraînaient constamment un repli du péritoine; bien que cela ne soit pas constant, il faut cependant se tenir pour averti de la possibilité de cette circonstance.

Enfin, il en est qui se développent dans le scrotum, au-dessous d'un ancien sac herniaire tendant à s'oblitérer et à s'effacer; j'en ai également cité un très-bel exemple.

Ainsi, pour leurs rapports avec le péritoine, on voit que certaines hernies graisseuses n'ont avec lui aucun contact; que d'autres en sont tapissées seulement sur une de leurs faces; et que les dernières ont un sac péritonéal au-dessus d'elles. M. J. Cloquet a aussi rapporté deux cas dans lesquels des hernies graisseuses, sorties de l'abdomen, semblaient avoir attiré par leur propre poids une petite portion du péritoine, formant au-dessus d'elles un petit sac conique, sans les tapisser en aucune manière. M. Velpeau a rencontré de son côté, dans un véritable sac herniaire, des bourrelets adipeux du volume du pouce, flottants dans l'intérieur du sac comme les pelotons synoviaux à l'intérieur des articulations, et se continuant, d'ailleurs, avec la graisse du fascia propria; autre variété dont je ne connais pas un second exemple.

Le diagnostic de ces tumeurs est toujours si obscur, que l'on peut bien soupçonner leur nature, mais qu'il n'est permis de l'affirmer que quand le bistouri ou le scalpel les a mises à découvert; et encore faut-il parfois une grande attention pour éviter toute méprise. Dans le cas mentionné de M. Velpeau, les bourrelets adipeux avaient tellement l'aspect d'une anse d'intestin grêle, que le chirurgien resta quelque temps, les ayant sous les yeux, avant de savoir à quoi s'en tenir. Tartra rapporte le cas bien plus extraordinaire d'une opération faite pour une hernie étranglée dans laquelle on trouva, adhérant à la paroi postérieure du sac herniaire, un corps cylindrique recourbé sur sa longueur, de manière à former une anse de plus de 8 lignes de diamètre, paraissant se continuer

et communiquer avec l'intérieur du ventre. On crut à une anse d'intestin épaissie et adhérente; et, en raison de son altération présumée, on en fit l'excision. L'excision faite, on mit une canule dans ce qu'on croyait être le bout supérieur; on fit des injections purgatives qui allèrent je ne sais où; bref, le sujet mourut; et l'autopsie fit voir qu'on avait enlevé une hernie graisseuse; qu'il n'y avait pas d'intestin dans la hernie, et que les accidents étaient dus à une péritonite, consécutive peut-être à un étranglement; mais, du moins, l'intestin étranglé aurait été complétement réduit avant l'opération (1).

J'ai moi-même opéré une hernie qui offrait tous les caractères de l'étranglement; pendant l'opération, je crus reconnaître un simple épiplocèle; à l'autopsie, je constatai que l'épiplocèle était compliqué d'une double hernie graisseuse qui avait contracté des adhérences et faisait corps avec lui.

Je dois borner là ce que j'avais à dire des hernies graisseuses. Le diagnostic étant aussi obscur, le pronostic demeure sans base; le traitement sans indication. Seulement, lorsque, par quelque erreur de diagnostic, ou dans une opération pratiquée pour une autre affection concomitante, on découvre une de ces hernies, on peut les enlever comme un lipôme ordinaire et sans beaucoup plus de péril, si ce n'est quand le péritoine est intéressé.

4° *Des hernies épiploïques anciennes et considérées comme irréductibles.*

Je ne veux point parler des hernies épiploïques récentes, ni même des épiplocèles de vieille date, qui, retenus habituellement par un bandage, s'échappent par hasard et résistent plus ou moins à la réduction. J'ai rapporté ailleurs des exemples de hernies semblables réduites seulement après le dixième et même le dix-neuvième jour (2); mais ces cas se rapprochent trop encore des hernies ordinaires que j'ai dû exclure de ce travail. Il ne sera donc question ici que des tumeurs épiploïques séjournant dans le cordon depuis plusieurs mois, et même depuis plusieurs années, et que l'on juge communément irréductibles.

Dans ces circonstances, l'épiploon sorti du ventre et soumis à une pression beaucoup moindre, s'engorge, s'hypertrophie, et prend un développement quelquefois excessif. La tumeur qu'il constitue remonte dans le canal sous la forme d'un pédicule généralement assez mince en comparaison du corps de la hernie; dans sa portion scrotale elle semble arrondie ou ovoïde à la vue; mais au toucher elle offre des irrégularités notables, molle en certains points, dure en d'autres, parsemée de saillies, de bosselures, ou même de petites tumeurs presque détachées de la tumeur principale, et donnant la sensation d'olives ou de petites noix. En général, le testicule demeure libre et parfaitement reconnais-

(1) Tartra, *Des hernies graisseuses; Journal de Boyer et Corvisart*, t. XI, p. 127.

(2) *Deuxième mémoire sur les Etranglements herniaires; Archiv. gén. de médecine*, Déc. 1846.

sable au-dessous; quelquefois cependant la tumeur descend jusqu'au niveau de l'épididyme; il n'est pas rare non plus de trouver du liquide épanché soit dans le sac herniaire, soit dans la tunique vaginale; et le testicule, en quelque façon noyé dans la tumeur, ne peut en être distingué qu'à l'aide de la pression et de la douleur caractéristique qu'elle détermine. L'épiplocèle est presque absolument indolent à une pression modérée, bien que, comme nous le verrons, une pression énergique et soutenue y développe des douleurs excessives.

L'épiplocèle abandonné à lui-même cause rarement des accidents; quelquefois cependant, soit par son volume et son poids, soit par ses adhérences, il occasionne des tiraillements qui réagissent d'une manière très-fâcheuse sur la digestion.

Il est sujet à diverses altérations et même à de fâcheuses dégénérescences. D'abord il peut s'enflammer, suppurer, tomber en fonte putride et en gangrène. J.-L. Petit, Pott, Lassus en ont rapporté des exemples. Lamorier, au dire de Pipelet, a trouvé l'épiploon hernié rempli d'hydatides (1). Il peut enfin s'y développer des tubercules et même des noyaux cancéreux; Pott en a rapporté un exemple dans lequel l'autopsie ne laissa point de doute; et je pense avoir vu moi-même quelque chose de semblable. Un homme, jeune encore, était entré dans mon service, à Saint-Louis, pour un épiplocèle ancien et irréductible. J'en essayai la réduction à l'aide du traitement que j'exposerai plus loin; mais après environ trois semaines, la tumeur avait si peu diminué, et les essais de taxis étaient tellement douloureux que le malade demanda sa sortie. Je n'en avais plus ouï parler, lorsqu'environ un an après, étant juge d'un concours pour une place de chirurgien au bureau central, je le retrouvai à la Charité, où il fut donné pour sujet de leçon à l'un des concurrents. La tumeur s'était fort accrue alors; elle donnait lieu à des douleurs lancinantes; on sentait dans l'abdomen des engorgements durs et de mauvais augure; et enfin la face et toute l'habitude du sujet dénotaient un commencement de cachexie. Le candidat fut d'accord avec le jury pour diagnostiquer un épiplocèle passé à la dégénérescence cancéreuse.

L'épiplocèle a été fréquemment confondu avec d'autres tumeurs. Quand il est peu considérable, on l'a pris quelquefois pour un troisième testicule; Morgagni, en disséquant un homme de 30 ans, reconnut que le prétendu testicule n'était qu'une petite portion d'épiploon. Richter et Juville ont été témoins d'erreurs analogues. Nous avons dit, à l'occasion de l'hydrocèle enkysté, comment se reconnaissait le vrai testicule.

L'hydrocèle enkysté, l'hydrocèle diffus, l'hématocèle du cordon présentent des traits de ressemblances plus propres à induire en erreur; j'ai déjà dit combien le diagnostic différentiel pouvait présenter alors de difficulté. La difficulté redouble quand le sac herniaire contient de la

---

(1) *Mém. de l'Acad. royale de chirurgie,* t. III, p. 404.

sérosité, ou quand l'épiploon lui-même contient des kystes séreux et des hydatides ; et c'est ainsi que, dans le cas rappelé plus haut, Lamorier avait cru avoir affaire à un hydrocèle.

Il est plus difficile encore de distinguer l'épiplocèle ancien de la hernie graisseuse ; et si quelquefois les commémoratifs peuvent mettre sur la voie, dans d'autres cas, l'opération même ne donnerait pas d'indices suffisants, et l'autopsie seule jetterait sur le diagnostic une lumière complète. A plus forte raison s'il y avait à la fois un épiplocèle et une hernie graisseuse adhérant l'un à l'autre, comme j'en ai vu un cas que j'ai déjà eu occasion de citer.

Richter confesse qu'il a confondu deux fois le varicocèle avec un épiplocèle ; et Pipelet a rapporté aussi des méprises de ce genre. Toutefois, à voir le moyen que recommande Pipelet pour éviter l'erreur, on s'étonne qu'il n'y soit pas tombé plus souvent lui-même.

« Je n'ai eu souvent, pour signe caractéristique de l'existence de l'épiplocèle, dit-il, que les variations assez subites que produisait l'impression du chaud et du froid sur la tumeur épiploïque, et dont le varicocèle n'aurait pas été susceptible. La chaleur et l'humidité faisaient acquérir plus promptement à la tumeur un volume plus considérable ; et le froid la réduisait sensiblement à un volume au-dessous de celui qu'aurait pris une dilatation variqueuse du plexus pampiniforme. Si l'on met le malade dans une situation favorable à la réduction, la tumeur simplement variqueuse ne change pas de forme, et l'on sent ordinairement de la diminution dans le volume de la descente (1). »

D'après ma propre expérience, tout ce passage est tellement en contradiction avec les faits, que, pour le corriger, il faudrait appliquer au varicocèle ce que Pipelet dit de l'épiplocèle. Richter ne donne également que des moyens de diagnostic à peu près insignifiants ; le signe pathognomonique du varicocèle est la facilité qu'on éprouve à effiler en quelque sorte le cordon entre les doigts et à sentir les veines s'en échapper l'une après l'autre.

Enfin, on a pris quelquefois l'épiplocèle pour un engorgement tuberculeux du cordon ; Pipelet cite un cas de ce genre. J'ai dit combien de semblables engorgements sont rares ; et cette excessive rareté doit suffire à mettre le chirurgien sur ses gardes. De même, Arnaud rapporte l'histoire d'un individu qui portait à l'aîne une petite tumeur qu'on prenait pour une glande squirrheuse, et qui n'était autre chose qu'un épiplocèle.

Ce ne sont pas là, sans doute, tous les cas où le diagnostic peut offrir quelque difficulté. L'épiploon est-il accompagné de quelque anse d'intestin ? Est-il ou non dégénéré ? N'y a-t-il pas quelque complication du côté du cordon ou du testicule ? Ou même seulement peut-on affirmer qu'il y a ou qu'il n'y a pas d'adhérences ? Dans un grand nombre de cas,

---

(1) *Remarques sur les signes illusoires des hernies épiploïques; Acad. de chir.*, t. V, p. 644.

il faut dire avec J.-L. Petit : « On ne peut porter plus loin ses connaissances jusqu'à ce que le livre de la vérité soit ouvert, c'est-à-dire le sac; alors on reconnaît bien des choses qui étaient cachées, et que même on ne soupçonnait pas. »

Que convient-il de faire dans les hernies de ce genre? Arnaud, le premier, a traité avec étendue des moyens d'en opérer la réduction.

Quand la hernie est d'assez petit volume pour qu'on puisse la ramasser au bord de l'anneau, il conseille de la contenir avec un bandage à pelote concave; « ce bandage ainsi posé, dit-il, oblige le plus ordinairement la hernie à rentrer dans le ventre, si l'on a soin, de temps en temps, de mettre des compresses dans sa cavité qui remplissent le vide que la diminution de la tumeur y cause. »

Quand la hernie est volumineuse, il veut qu'on cherche à la diminuer par la saignée réitérée, les lavements fréquents et la diète. Des fomentations émollientes et des embrocations huileuses sur le ventre, longtemps continuées, auront pour effet de relâcher les muscles et les anneaux; pendant ce temps, on mettra le malade à l'usage des fondants; et il a trouvé que les fondants mercuriels étaient les plus efficaces.

« Ces remèdes, continués autant de temps qu'il convient, ajoute-t-il, et soutenus par une diète austère, réduisent les malades dans un état d'atrophie et de consomption salutaire, qui met nécessairement les parties graisseuses et membraneuses, qui font ordinairement le plus gros volume de la tumeur, dans un état d'*aridure;* les glandes se dégorgent et se fondent; et la tumeur diminue si considérablement, qu'il est aisé de ramener vers l'anneau les parties qui sont dans le scrotum; alors on les renferme dans l'écusson concave d'un bandage méthodiquement fait, et on les maintient ainsi retenues. L'on fait agir et marcher le malade. A mesure qu'il se donne du mouvement, il force petit à petit les parties à rentrer. »

Arnaud rapporte, à cette occasion, le cas d'un individu auquel il avait réduit, en trente-six jours, une hernie des plus volumineuses, puisqu'elle portait trente-deux pouces de circonférence à sa base et seize pouces de longueur.

J.-L. Petit avait déjà simplifié ce traitement; il tenait le sujet couché sur le dos, le bassin plus élevé que la poitrine, la hernie comprimée par une pelote concave, ce qu'il appelait *le bandage à cuillère.* Le régime était sévère, le malade réduit au bouillon, à la soupe, à quelques pruneaux ou pommes cuites; et tout le soin du chirurgien consistait à resserrer le bandage et à diminuer la grandeur de la cuillère.

Pott recommande le décubitus sur le dos, la diète et les évacuants. Il ne parle pas de la compression. Hey dit avoir obtenu plusieurs succès par cette pratique; une fois, la réduction eut lieu en huit jours; en général, elle exigea de cinq à six semaines.

A. Cooper espère tout autant du simple repos au lit, aidé d'un suspensoire lacé à sa partie antérieure pour exercer sur le scrotum une compression permanente. Il rapporte aussi deux cas de succès obtenus par

l'emploi de la glace; mais, dans le premier cas, l'épiplocèle ne datait que de quinze jours; la date de l'autre hernie n'est pas indiquée.

Les chirurgiens qui ont écrit plus récemment en Angleterre sur les hernies, Lawrence et Teale, n'ajoutent pas un fait de leur propre expérience à ceux qui précèdent. De même en France, à consulter nos traités modernes, il semble aussi que la réduction des hernies anciennes en général, et notamment des hernies épiploïques, soit une de ces vieilles traditions que l'on répète encore, mais qu'on se garde de suivre.

C'est à Sabatier qu'il faut rapporter en grande partie cette indifférence, je dirais presque cette répugnance à s'occuper de ces hernies. Il pose d'abord en fait que la méthode vantée par Arnaud ne peut réussir que quand la hernie est sans adhérences; et il n'y a point de signe, ajoute-t-il, qui puisse faire connaître ces adhérences. Mais la hernie fût-elle libre, et parvînt-on à la réduire, les malades en seraient plus incommodés qu'auparavant; d'où il conclut que tout ce qu'il y a à faire est de soutenir la hernie avec un suspensoire. Dupuytren, Sanson et M. Bégin, ses annotateurs, ont semblé consacrer cette doctrine par leur silence.

Or, j'estime que c'est là une capitale erreur. Il m'est impossible, autant qu'à tout autre chirurgien, de déterminer, sur le vivant, si l'épiplocèle est ou n'est pas compliqué d'adhérences; ce que j'affirme, c'est que, adhérent on non, j'ai pu toujours le réduire tant qu'il n'avait pas subi de dégénérescence maligne; et j'affirme, en outre, que les malades se trouvent extrêmement soulagés par cette réduction qui amène même ordinairement une véritable cure radicale.

Mon premier essai en ce genre remonte à 1841; je vais le raconter avec tous les tâtonnements par lesquels je passai.

Epiplocèle sorti depuis vingt ans, réduit en moins d'un mois.

Obs. XVI.—M. Lig..., lithographe, âgé de 41 ans, avait eu vers l'âge de 20 ans un petit commencement de hernie inguinale à droite, pour laquelle on lui fit porter un bandage. Cette hernie disparut, mais en même temps il en parut une plus volumineuse à gauche, passée bientôt à l'état de hernie scrotale; il avait alors 21 ans. Depuis cette époque, il avait toujours porté bandage, mais uniquement pour se livrer avec plus de sécurité aux travaux de sa profession; car, sans le bandage, le moindre effort le faisait souffrir, et la hernie demeurait constamment au dehors. Il en alla ainsi jusque dans les derniers jours de juillet 1841; alors, son bandage s'étant cassé, il alla voir un nouveau bandagiste, M. Martin, qui essaya de faire rentrer la hernie, et, n'ayant pu y réussir, engagea le malade à s'adresser à moi.

Auparavant, le malade voulut consulter M. Marjolin, qui, ayant trouvé probablement le scrotum un peu irrité, prescrivit une large saignée et l'application de cataplasmes émollients. Après ces prescriptions accomplies, le médecin particulier du malade renouvela le taxis; le bandagiste y revint encore avec aussi peu de succès qu'auparavant; et, le 7 août, enfin, je fus appelé.

La moitié gauche du scrotum était remplie par une tumeur mollasse, un peu rénitente, mate à la percussion, non transparente, et dont on pouvait assez bien dégager le testicule à la partie inférieure. Si on la ramenait vers l'anneau, elle

avait le volume du poing ; son pédicule assez dense traversait l'anneau. La toux ne l'augmentait pas; le taxis ne la diminuait pas non plus, bien que M. Martin crût en avoir fait rentrer une partie; mais ayant repris le taxis devant moi, il se convainquit que c'était une illusion. Un bandage à pelote à peine concave avait été essayé, et n'avait pu être supporté à cause de la douleur. Je fis faire tout exprès une pelote extrêmement creuse; elle ne fut pas supportée davantage; elle ne retenait pas toute la hernie, et la pression sur les parties échappées était intolérable. Alors je tins le malade au lit, à une diète telle qu'il ne prenait qu'une tasse de lait le matin, une soupe le soir; de la limonade aiguisée de sulfate de magnésie, et toute la journée de la glace et une solution de sulfate de cuivre sur la tumeur.

Après quatre jours, la tumeur avait notablement diminué; la sensation mollasse qu'elle donnait, et que j'attribuais à un épanchement de sérosité dans le sac, avait presque entièrement disparu; on commençait à sentir des duretés noueuses en grappe, comme on en voit dans les vieux épiplocèles. Je suspendis la limonade; le malade demanda lui-même à garder la glace jour et nuit sur la tumeur, et nous allâmes ainsi jusqu'au 20 août. Alors la tumeur n'avait guère plus que le volume d'un gros œuf; plus de sensation mollasse; les nodosités épiploïques se sentaient très-nettement sous la peau ; le taxis fut essayé sans aucun succès. Quelques jours après, nouvelles tentatives; il semblait que nous obtenions un léger succès, mais si faible que je n'osais trop y compter; le malade disait pourtant que, sous la pression de ma main, il sentait quelque chose qui lui remontait dans le ventre. L'anneau externe était assez large et bien dégagé, quoique le canal parût avoir sa longueur ordinaire. Je réappliquai mon bandage à pelote creuse; mais il ne pouvait se lever sans que la hernie s'échappât. Je lui fis donc reprendre le lit en gardant son bandage appliqué nuit et jour. Malgré une douleur très-forte, cet homme docile et courageux s'obstina à le conserver ; mais le 25, je trouvai que le rebord de la pelote, assez mal revêtue en toile, avait excorié la portion externe du scrotum. Il fallut encore l'enlever et revenir aux lotions de sulfate de cuivre.

Le 29, l'écorchure étant guérie, je réappliquai de nouveau le bandage, mieux garni que la première fois, et avec cette recommandation de l'ôter dès qu'arriverait la douleur. La diète était toujours maintenue.

Le bandage ne put d'abord être gardé que quelques heures; puis peu à peu il put rester en place toute une journée, et, le 3 septembre, le malade put même se lever quelques heures; mais cet essai rappela des douleurs qui l'obligèrent à se recoucher. Les douleurs ayant disparu, il conserva son bandage jusqu'à minuit; alors, comme la gène qu'il en éprouvait l'empêchait de dormir, il l'ôta, dormit un peu, et le remit à trois heures du matin.

Je le vis ce jour là, 4 septembre, à 5 heures du soir. Il était levé, travaillait; la hernie était bien contenue sous la pelote, et ne lui faisait aucun mal. Rien encore cependant ne permettait de prévoir ce qui allait arriver. Il se coucha de bonne heure; et le lendemain matin il ne trouva plus de traces de sa hernie. Elle s'était réduite, soit dans la soirée, soit dans la nuit, sans qu'il s'en fût aperçu. Incontinent il alla se munir d'un bandage ordinaire; la réduction se maintint, sans douleur, sans coliques, sans aucun inconvénient; et le 7 septembre, jour où il vint lui-même me remercier, je constatai que la réduction était parfaite. Le traitement avait duré moins d'un mois.

On le voit, j'avais d'abord voulu suivre le premier conseil d'Arnaud, maintenir la hernie à l'aide d'une pelote creuse, sans priver le sujet de vaquer à ses affaires. La tumeur était trop grosse; je mis alors en usage

la pratique de Pott, comme la moins assujettissante, en y joignant l'application de la glace, préconisée par A. Cooper. Près de quinze jours s'étant écoulés, j'avais bien obtenu une diminution considérable de la tumeur ; cependant la pelote creuse ne contenait point la hernie debout, et ne pouvait même être supportée dans le lit sans de vives douleurs. Ce ne fut qu'au bout de trois semaines qu'il fut possible d'y revenir, et d'y accoutumer peu à peu le malade ; puis tout à coup, dès que celui-ci put le garder constamment, en moins de 48 heures la réduction s'effectua toute seule.

J'avoue que ce résultat inespéré me délivra d'une grande inquiétude. J'avais tenu cet homme au lit près d'un mois ; je l'avais soumis en quelque sorte au supplice de la faim ; l'ennui, la douleur, la perte de temps, il avait tout supporté courageusement, et je commençais à craindre que le tout n'eût été en pure perte.

Tout bien considéré, il me parut que la compression devait être une partie essentielle de la méthode, seulement par tout autre moyen que le bandage à ressort dont je m'étais servi, et qu'il serait utile d'y associer des manœuvres ménagées, mais assez souvent réitérées de taxis.

Epiplocèle sorti depuis vingt ans, réduit en neuf jours.

Obs. XVII.—M. Pel..., négociant au Havre, âgé de 37 ans, de haute taille et d'un riche embonpoint, avait eu, à l'âge de 17 ans, une petite hernie inguinale droite, dont la cause précise n'avait pu être bien assignée. Il la négligea fort longtemps ; puis, enfin, il essaya de la retenir par un bandage français à pelotte triangulaire, mais qu'il appliquait avec si peu de soin, qu'une partie de la hernie restait toujours au dehors. Enfin, vers la fin de février 1842, gêné par le poids de la tumeur, et aussi, de temps à autre, par quelques lassitudes qu'on pouvait y rapporter, il consulta le docteur Langevin, qui le renvoya à un bandagiste du Havre. Le bandagiste appliqua sur la hernie une pelotte à très-légère concavité, soutenue par une forte pression, dont l'effet fut d'irriter si vivement la tumeur, qu'elle prit un volume énorme, détermina de la fièvre et obligea le malade à se mettre au lit. La fièvre passée et le volume de la tumeur un peu diminué, M. Langevin conseilla au malade de venir à Paris, où il me consulta le 4 mars.

La hernie offrait 34 centimètres de circonférence horizontale, en refoulant le testicule gauche vers l'anneau ; et 33 de demi-circonférence verticale, de l'anneau au périnée, en parcourant le plus grand axe de la tumeur. Elle rendait partout un son mat ; et l'absence de coliques favorisait encore l'idée d'un épiplocèle. Mais la partie inférieure du scrotum était manifestement distendue par un liquide qui devait siéger dans le sac, le testicule se trouvant à nu sous la peau.

Quelques arrangements retardèrent le traitement jusqu'au lundi 7 ; alors le sujet fut mis au lit, un coussin sous les jarrets ; les bourses entourées d'un bandage roulé qui maintenait dessus des compresses imbibées d'une forte solution de sulfate de cuivre ; et, pour ajouter à l'astriction, des morceaux de glace étaient placés entre les compresses, et renouvelés à mesure qu'ils fondaient. Le régime fut : *une tasse de lait le matin, sans pain ; une soupe aux herbes le soir.*

Le 9, j'administrai 20 grammes d'eau-de-vie allemande, qui procurèrent des selles nombreuses ; et la diète fut complète ce jour-là.

Le 11, la diminution était déjà sensible ; la circonférence horizontale réduite à

31 centimètres ; la demi-circonférence verticale à 28. C'était manifestement le liquide qui s'était résorbé ; on commençait à sentir les franges de l'épiploon, dures comme de petites noix. Je fis un essai de taxis qui fut assez douloureux et ne produisit aucun autre effet.

Il fallut deux jours pour effacer entièrement la douleur de cette première tentative. Le lundi 14 mars, la circonférence horizontale avait encore diminué de 1 centimètre un quart environ ; la demi-circonférence de 2 centimètres. Je renouvelai le taxis ; le malade souffrit un peu moins, et dit qu'il sentait rentrer quelque chose ; j'avais aussi la sensation d'une petite réduction partielle. Dès le lendemain, la douleur étant passée, je relevai et comprimai le scrotum à l'aide d'un suspensoir que je fis tailler exprès, et que le malade supporta bien. Dans la nuit, il ressentit une assez vive douleur vers la région inguinale ; et le mercredi 16, après neuf jours de traitement, je trouvai toute la hernie rentrée spontanément, et le scrotum de ce côté occupé seulement par un assez volumineux varicocèle qui me laissait quelque inquiétude sur la manière dont le bandage serait supporté. La circonférence horizontale était alors de 22 centimètres ; la demi-circonférence verticale de 23 ; d'où l'on peut facilement juger du volume de la hernie même. Il est à remarquer que l'embonpoint du malade ne parut pas avoir diminué.

Ce même jour j'augmentai son régime ; le 18, il eut un bandage anglais qu'il ne put porter que quelques heures ; mais le lendemain il le garda huit heures, et put se lever sans autre inconvénient qu'un peu de faiblesse dans les jambes et d'étourdissement à la tête. Le 20, le bandage fut gardé toute la journée ; le varicocèle ne se gonflait point et ne déterminait aucune douleur. Le 21, la hernie jusques-là bien contenue s'échappa par en dedans ; les deux efforts qui la faisaient échapper étaient l'action de se moucher et la descente rapide des escaliers. En montant, en courant, en toussant, le bandage résistait ; mais aussi le sous-cuisse était serré assez fort et blessait l'entrecuisse. Je constatai que la pelotte mollement garnie s'était affaissée du côté interne ; et j'en fis refaire une autre, pinçant fortement par en bas et par en dedans pour éviter le sous-cuisse ; un suspensoir anglais contenait les bourses et se rattachait au bandage. Il convient d'ajouter qu'il existait à gauche une très-petite hernie secondaire maintenue par une fort légère pelotte. Le nouveau bandage appliqué le 27 contint parfaitement ; le 28, le malade alla visiter les galeries de Versailles ; et, dès lors, le rôle du chirurgien put être considéré comme terminé.

Cette fois, le résultat avait été si prompt et si heureux, que je conçus pour l'avenir les plus belles espérances. Un autre épiplocèle que j'eus à traiter un peu plus tard, quoique moins volumineux et beaucoup moins ancien, mit de nouveau ma patience à une rude épreuve ; mais le malade offrait au moins autant de difficultés que la maladie. Voici le fait.

Epiplocèle sorti depuis quatre ans ; quarante jours de traitement sans résultat complet ; réduction spontanée deux mois et demi après.

Obs. XVIII. — M. M..., du Havre, âgé de 30 ans, de haute stature et de forte constitution, vint me consulter, le 15 mai 1844, pour une hernie inguinale gauche qu'il portait depuis quatre ans, et qui lui était survenue dans le cours d'un rhume violent. Il l'avait contenue, ou soi-disant, à l'aide d'un bandage de Wickam et d'un suspensoir ; mais la hernie, filant sous la pelote, avait dilaté le scrotum et n'en était plus sortie. Il se figurait qu'il la réduisait, du moins en partie ; mais, tout bien considéré, sa prétendue réduction se bornait à la refouler en arrière sous le

périnée, et comme, dans ce moment, elle glissait sous ses doigts, il croyait qu'elle était rentrée. Elle était fort volumineuse, rejetait le testicule à droite, tout au-dessous du droit; du périnée à la racine de la verge, elle portait 20 centimètres, et 29 de circonférence horizontale, empiétant sur le testicule à droite, qu'on ne pouvait en isoler complétement. D'ailleurs, elle paraisssait partout molle, mate à la percussion, et il semblait aussi que son volume était accru par un varicocèle et un hydrocèle.

Je renouvelai cet examen le 16 au matin, et je constatai derechef l'irréductibilité absolue de la hernie; outre la résistance au taxis, il y avait sous la pression une douleur locale assez vive, et bientôt une sensation de barre transversale au-dessus de l'ombilic.

Je prescrivis le repos du lit; *limonade; — arrosement avec une solution concentrée de sulfate de zinc, aidée de la compression par un bandage roulé. — Diète; une soupe aux herbes par jour.*

En trois ou quatre jours la tumeur s'isola parfaitement du testicule; le liquide était résorbé; on distinguait assez nettement les veines du varicocèle et les duretés noueuses de l'épiplocèle. Le ventre n'étant pas ouvert, je fis ajouter un grain d'émétique à la boisson, et il y eut aussitôt des selles. Cela fut répété tous les quatre ou cinq jours.

Le 24, je tentai le taxis, qui s'opéra sans douleur locale, et avec une barre ombilicale moins sensible. Il faut dire aussi que le malade m'arrêtait dès que je pressais un peu, et que je ne jugeai pas à propos de trop insister.

La compression et ces essais ayant fait un peu gonfler le scrotum, je m'abstins quelques jours et ne renouvelai le taxis que le 20, avec moins de douleur encore, mais sans aucun résultat.

Le 27, la solution de sulfate de zinc avait produit de petites pustules, moins ombiliquées qu'avec le sulfate de cuivre, mais de même avec une démangeaison très-forte. J'y renonçai en conséquence, et j'exerçai la compression à l'aide de bandelettes de diachylon.

Le 31 mai, je répétai le taxis; le diachylon avait un peu excorié la peau du scrotum, ce qui gênait les manœuvres; néanmoins, après quelques secondes, une portion de la hernie céda, puis une autre; mais la barre ombilicale empêcha d'en tenter davantage. La tumeur n'avait plus que 17 et 27 centimètres.

1er juin. Nouvel essai un peu moins douloureux que la veille. Une bonne portion de la hernie rentra avec un bruit de glouglou. Je la fis ressortir par un léger effort, et m'assurai qu'elle était partout absolument mate; puis la réduction partielle se renouvela sans la moindre difficulté. Le scrotum étant un peu gonflé, je prescrivis des lotions à l'eau glacée.

Le 3, un taxis soutenu fit rentrer les deux tiers de la hernie; le malade ne voulut pas pousser plus loin les tentatives.

Le 5, malgré la résistance et la pusillanimité du malade, à force de patience et d'efforts, la hernie rentra tout entière dans l'abdomen et le canal; seulement, une petite portion de l'épiploon ne voulait pas franchir l'anneau interne, bien que l'anneau externe fût fermé par le doigt. Le malade n'éprouvait plus de barre à l'ombilic, mais une sensation de brûlure le long du canal et jusque vers l'épine iliaque. On appliqua sur le canal une pelote triangulaire; mais la pression étant douloureuse, il fallut se contenter de la mettre sur l'anneau externe. Je fis cesser la diète.

Nous pensions toucher à la fin de cette cure laborieuse; mais de plus grandes difficultés nous attendaient. La pelote ne contenait qu'imparfaitement la hernie

rentrée; le malade, souffrant dans son lit, se leva, et la douleur disparut; mais le lendemain je trouvai la hernie ressortie tout entière. J'en fis rentrer environ les trois quarts; après quoi, la douleur devint intolérable; le malade accusait dans le canal une sensation de brûlure qu'il comparait à celle du fer rouge, et force fut de nous arrêter. Je fis recouvrir le scrotum de cataplasmes de riz froids, et prendre deux bains.

Le 7, tout était en bon état; la hernie n'était sortie qu'en partie. On la fit rentrer aux trois quarts, puis le malade nous arrêta encore.

D'autres tentatives faites les jours suivants ayant toujours été entravées de même, j'appliquai le 11 une pelote fortement creusée, assujettie à l'aide d'une ceinture et d'un sous-cuisse; deux jours après, la portion sortie paraissant diminuer, je diminuai la profondeur de la pelote en y glissant de la ouate; mais le progrès s'arrêta bientôt, et la pression semblait aussi déterminer un léger engorgement du cordon. Le malade ne voulait plus entendre parler du taxis.

Enfin, le 24 juin, après environ quarante jours de traitement, il se résolut à partir sans compléter la réduction, emportant seulement une pelote concave qui ne maintenait qu'incomplétement la hernie, et encore à l'aide d'une forte pression.

Dans ces circonstances, on pouvait croire toute espérance perdue; et, en effet, je revis ce malade un mois après, rien n'était changé dans son état; seulement, il essayait chaque soir de faire rentrer sa hernie; la douleur excitée par cette manœuvre diminuait avec le temps, disait-il; mais il restait fort douteux si ce n'étaient pas ses propres efforts qui diminuaient. En tout cas, je l'engageai à continuer.

Près de six semaines se passèrent encore; toute douleur avait presque disparu, lorsque, le 7 septembre au soir, ayant ramené la masse extérieure contre l'anneau, et sentant qu'elle se portait du côté externe, il appuya deux doigts de ce côté de manière à la ramener dans la direction de l'anneau; et, à sa grande joie, tout rentra en bloc et sans lui causer de douleur. Immédiatement il appliqua une pelote de très-grande dimension et avec une pression puissante; quand il l'ôtait, le moindre effort faisait ressortir la hernie, mais elle rentrait sans difficulté. La pression de la pelote ayant paru un peu augmenter le varicocèle, il la changea contre une autre un peu moindre, qu'il ne quitta ni jour ni nuit.

Je le vis le 11 octobre; la hernie était parfaitement contenue, sans gêne ni douleur; il pouvait sauter et descendre plusieurs marches ensemble, aller en voiture et en omnibus sans rien ressentir. Les digestions étaient parfaites; depuis deux mois il avait pris tellement d'embonpoint, qu'il avait dû changer le ressort de son bandage primitif, portant 36 centimètres de long, contre un autre de 41 centimètres. Le côté gauche du scrotum était gonflé par un varicocèle assez volumineuse, mais qui, grâce au suspensoir, ne déterminait aucune sensation pénible. La racine du scrotum était libre de tout pédicule épiploïque; seulement, un peu au-dessus du testicule, on sentait entre les doigts un petit noyau isolé du volume d'une très-petite aveline, et qui semblait dû à un hydrocèle enkysté.

D'où provenait la résistance opiniâtre de cette hernie à la réduction? J'incline fortement à penser qu'il y avait là des adhérences avec le sac; s'il en était ainsi, ce serait une preuve que les adhérences ne sont pas un obstacle à la réduction.

Quoiqu'il en soit, il est certain que le traitement aurait été beaucoup plutôt couronné de succès si le malade avait voulu mieux se prêtèr aux nécessités de l'art. Aujourd'hui, à la vérité, l'éthérisation permettrait de

pousser plus loin les tentatives sans être arrêté par la douleur ; et j'y aurais certainement recours chez un sujet aussi pusillanime; cependant je dois dire que j'ai évité de m'en servir jusqu'à présent, et voici pourquoi. Ces tentatives de taxis sont fort douloureuses ; et les sujets les plus énergiques , malgré toute leur résolution, prient quelquefois le chirurgien de les suspendre. Mais cette douleur même est un guide salutaire pour le chirurgien ; elle lui apprend jusqu'où il peut aller, et à quel moment il est prudent de s'arrêter. Avec l'éthérisation, on obtiendrait, sans doute, la réduction beaucoup plus vite; mais ce sont les conséquences dont il faut s'inquiéter; et l'observation suivante rapportée par J.-L. Petit, est tellement importante que j'ai cru devoir la mettre toute entière sous les yeux du lecteur.

Obs. XIX. — « Un malade avait une hernie épiploïque d'une grosseur considérable; elle fut réduite sans beaucoup d'efforts, on peut même dire avec facilité, quoique depuis six semaines sa tumeur ne fût pas rentrée ; le malade ne put supporter le bandage qu'on lui appliqua ; il fallut l'ôter sur le champ, parce qu'après l'avoir mis il survint des nausées, puis le vomissement. Le malade se plaignait d'une douleur sourde par tout le ventre, accompagnée d'un étouffement si considérable que, ne doutant point que les parties réduites n'en fussent la cause, on essaya de les faire ressortir. Mais tous les mouvements que fit le malade furent inutiles ; les efforts du vomissement, les convulsions qui survinrent, ne purent rien pousser au dehors; enfin, l'inflammation de tout le ventre, la fièvre et les douleurs devinrent si vives que le malade mourut après quarante-huit heures de souffrances.

« A l'ouverture de son cadavre, nous trouvâmes toutes les parties du bas-ventre enflammées et presque gangrenées ; la portion de l'épiploon qui avait fait la tumeur, appuyée sur les bords de l'ouverture du sac; cette ouverture semblait fermée à cause du gonflement inflammatoire du péritoine; j'y introduisis, cependant, mon doigt jusqu'au fond; il n'y avait rien de renfermé, le sac n'était point rentré à cause de l'adhérence qu'il avait contractée le long de sa racine. »

J.-L Petit avait proposé, dans ce cas, de débrider l'anneau pour faire ressortir la hernie; et il dit qu'il a fait deux fois cette opération dans des cas presque semblables; mais le plus prudent est sans doute de ne pas s'y exposer.

Pour ma part, j'ai eu encore d'autres occasions de réduire ainsi des épiplocèles depuis longtemps irréductibles; et en y mettant quelque patience, j'ai toujours réussi sans accidents. En recherchant la valeur réelle des moyens employés, la diète, le repos au lit, la compression et le taxis répété me paraissent les bases du traitement. Les purgatifs ne sont pas inutiles, sans doute; les arrosions avec un liquide astringent ne peuvent pas nuire; cependant j'y attache aujourd'hui une bien moindre importance que dans mes premiers essais. Le taxis demande à être pratiqué avec quelques précautions ; j'attends, en général, que la tumeur ait un peu diminué, et surtout que le liquide qu'elle renferme ait été résorbé. J'essaye alors de presser, de pétrir la tumeur en quelque sorte ; en m'arrêtant dès que la douleur devient trop forte ; puis j'attends que

le léger gonflement qui suit d'ordinaire ait diminué pour recommencer les essais, et au besoin même je couvre le scrotum de cataplasmes. Lorsqu'une portion de la tumeur est rentrée, je cherche bien à la maintenir par une pression modérée, mais sans m'y obstiner, et surtout sans entretenir de douleur. Lorsque la douleur n'a pas été trop forte, on peut être sûr que les parties rentrées la veille rentreront le lendemain sans aucun effort; au contraire, une vive douleur, une trop forte pression irritent, engorgent l'épiploon, et font perdre tout le bénéfice obtenu.

J'ai ainsi obtenu en huit ou dix jours, et sans grande difficulté, la réduction d'un épiplocèle datant de plusieurs mois, chez le général Rab. . . ., que je traitais avec M. le docteur Corbel Lagneau. Mais comme exemple des heureux effets du traitement dans un cas plus difficile, je rapporterai le fait suivant, le dernier que j'ai eu entre les mains.

Epiplocèle sorti depuis plus de trente ans, avec adhérences présumées au testicule, réduit en dix jours sans accidents.

Obs. XX.— M. N. . ., âgé de 54 ans, avait eu le testicule droit descendu assez tard, et cette descente avait été accompagnée de l'issue d'une tumeur donnant au scrotum de ce côté le volume d'un petit œuf. On n'y fit pas autrement attention; et à l'âge de 20 ans, pris par la conscription, on le trouva bon pour le service. Il servit ainsi quatre ans dans la cavalerie, sans se ressentir beaucoup de sa tumeur, qui, cependant, avait acquis peu à peu le volume d'un œuf de dinde. Quant à la composition de cette tumeur, il y avait quelque chose de dur, puis une portion molle qui lui semblait du liquide, et, enfin, le testicule; mais il n'avait jamais bien pu le sentir, et présumait qu'il ne devait pas être plus gros qu'un haricot.

Il y a huit mois, étant à dîner en ville, il ressentit une douleur excessive de ce côté, et telle qu'il lui fallut tout son courage pour la supporter. Il parvint cependant à se contenir; et la douleur cessa, dit-il, par la sortie d'une nouvelle portion qui était dure, allongée, cylindrique, en forme de boudin; tellement qu'il se figurait un cylindre de matières fécales durcies qui se seraient échappées par-là. Cette portion sortie, tout rentra dans l'ordre; il ne fut pas même obligé de garder le lit; et il allait et chassait comme auparavant. Cependant, inquiet de ce qui pourrait survenir, il consulta un médecin, qui l'engagea à porter un bandage avec des pelottes remplies de tan. Mais, n'espérant pas voir ainsi réduire sa tumeur, il vint me consulter et se remit entre mes mains le 1er décembre 1847.

La portion droite du scrotum était beaucoup plus grosse que la gauche; elle mesurait 25 centimètres de circonférence en travers, et 20 centimètres depuis le périnée jusqu'au niveau de l'anneau, assez bien marqué au dehors par un sillon qui aboutissait à la racine de la verge. Presque toute cette tumeur était dure, bosselée, résistant à la pression; le testicule y était entièrement englobé et échappa d'abord aux recherches. Cependant, en arrière et en haut, je rencontrai une petite portion moins dure qui, sous la pression, répondit par une douleur analogue à celle d'un testicule, mais qui paraissait très-adhérente à la tumeur. Tout à fait au bas, une couche mince de liquide fuyait sous le doigt. Partout, la percussion était mate. Je diagnostiquai donc un épiplocèle induré, vaginal et adhérent au testicule.

Je mis le sujet au lit; à une diète sévère, un bouillon maigre pour sa journée; de la limonade pour boisson, et je lui permis seulement de fumer pour tromper la

faim. Un bandage fut passé en ceinture et en spica sur la tumeur, afin de la ramener vers l'anneau et de l'y comprimer; elle était immédiatement recouverte de compresses trempées dans une solution assez forte de sulfate de zinc.

Le second jour, le bandage s'était un peu dérangé; je le soutins avec deux mouchoirs, l'un passé en ceinture, l'autre en sous-cuisse.

Le troisième jour, je fis prendre au malade une bouteille de citrate de magnésie; et je renouvelai le bandage. Il y avait 1 centimètre de diminution dans la mensuration verticale, de l'anneau au périnée.

4e *jour.* — La purgation avait fait effet; j'ôtai le bandage et trouvai l'étendue verticale de la tumeur réduite à 17 centimètres. La circonférence transversale ne variait pas. La tumeur était ramollie, c'est-à-dire que la quantité de liquide avait augmenté, et que la portion dure avait diminué. J'essayai par deux fois le taxis, non sans de vives douleurs, assez fortes pour faire pâlir le malade qui me pria de cesser. Le bandage fut replacé.

5e *jour.* — Rien de plus; il n'y avait pas eu de douleurs à la suite de mes tentatives; mais je ne voulus pas y revenir ce jour-là, de peur d'une trop grande irritation. L'estomac réclamait avec instance; je donnai un potage gras au lieu du bouillon maigre; mais je prescrivis en même temps 3 pilules d'aloès et de rhubarbe.

Le 6e *jour*, nouveaux essais de taxis, toujours aussi douloureux. La tumeur semble céder sous les doigts, mais comme en s'écrasant, et sans réduction marquée.

8e *jour.* — Afin de n'avoir pas à replacer la bande, je me contentai des deux mouchoirs; le taxis fut repris et cessé, sans avantage encore bien marqué. Mais la tumeur dure diminuait de plus en plus, et l'hydrocèle s'accroissait d'autant, toujours sans douleur. Pour exercer une compression plus régulière, les lotions avec le sulfate de zinc me paraissant d'ailleurs inutiles, je fis faire une ceinture avec un sous-cuisse large et solide, divisé en cinq chefs en avant, lesquels se bouclaient à la ceinture et serraient sur le scrotum une pelote très-fortement concave.

Le 9e jour, après quelques tentatives dans lesquelles il me sembla que quelque chose était rentré, la pelote concave fut établie et très-bien supportée. Durant la nuit, le malade croyait sentir sa tumeur diminuer, et, en conséquenee, pour continuer la pression au même degré, il accumulait les compresses sous la pelote.

Le 10e jour, l'hydrocèle était extrêmement considérable, eu égard à ce qui restait de la tumeur; celle-ci était refoulée en masse vers l'anneau; cependant, au-dessous de cette masse, pendait un petit corps ovoïde que je présumai être le testicule. La pression exercée dessus parut en effet me donner raison; mais quand je repris le taxis forcé sur la tumeur supérieure, le malade accusa des douleurs tout aussi vives, tellement qu'il ne pouvait pas dire si elles étaient différentes. Après deux reprises de taxis, il me demanda grâce encore. Cependant, ayant bien examiné l'état des choses, exploré l'anneau par en dessous, refoulé la tumeur autant que possible, il me parut qu'elle avait diminué; et je cherchai une troisième fois à la réduire. En quelques secondes, une portion de la tumeur rentra en bloc avec un bruit très-appréciable, bien que sans gargouillement; l'autre suivit immédiatement; et le malade se déclara soulagé. Restait à voir si le liquide suivrait le même chemin; en effet, il rentra sans difficulté dans le ventre; et, pour la première fois de sa vie en quelque sorte, le malade trouva son scrotum libre, et put palper son testicule droit, qui était notablement atrophié.

J'établis une compression sur l'anneau à l'aide de la ceinture et d'une serviette épaisse sous le sous-cuisse; et je permis une cuisse de poulet et un peu de Bor-

deaux. Il n'y eut pas le moindre accident, et dès le lendemain, un bandage bien appliqué permit au malade de sortir et de vaquer à ses affaires.

Il s'agissait dans ce cas d'une hernie vaginale testiculaire; et tout semblait annoncer des adhérences avec le testicule. Si j'eusse, en effet, trouvé des adhérences indestructibles, aurait-il fallu repousser le testicule dans le ventre, à l'imitation d'Arnaud, ou mettre la tumeur à nu pour détruire les adhérences, ainsi que Schmucker l'a fait sur Zimmermann? Si, comme il est dit de ce dernier cas, l'épiplocèle ne tenait au testicule que par un seul filament, je n'éprouverais aucune répugnance à aller diviser ce filament par une ponction à l'aide d'un ténotome. Hors cette circonstance, je ne pense pas qu'une saine chirurgie autorise à imiter les opérations laborieuses tentées autrefois pour détruire des adhérences et réduire ensuite les hernies; c'est pourquoi je n'en dirai pas un mot.

On peut cependant s'inquiéter des conséquences de nos réductions, et demander si cet épiploon repoussé dans le ventre n'y donne pas lieu à quelques désordres? Je dirai d'abord que je n'ai pas eu occasion de vérifier par l'autopsie la manière dont il s'arrange; mais sur le vivant, il semble qu'il plonge en majeure partie dans le petit bassin, et que la dernière portion rentrée se tient seule derrière l'anneau, prompte à sortir si elle n'est pas contenue, servant au contraire à masquer et à boucher l'anneau quand la contention a été exacte pendant un certain temps. Au moment même où j'écris ces pages, M. N...., le sujet de ma dernière observation, vient me consulter parce que son bandage contient mal sa hernie qui a de la tendance à ressortir. J'ai suivi avec sollicitude le premier de mes malades, inquiet moi-même, d'après les menaces de Sabatier, de ce qui pouvait survenir. Au bout d'un an, il avait quitté son bandage; la hernie paraissait guérie radicalement et la santé était parfaite. J'ai revu M. M... un an et deux ans après la réduction, il a acquis un embonpoint des plus luxuriants, et la hernie paraît également guérie. En un mot, ni dans les suites immédiates, ni dans les conséquences plus éloignées je n'ai eu le moindre accident à déplorer.

Je suis loin de penser cependant que l'on réussira toujours. Je n'entends parler ici que des épiplocèles dans le cordon; les autres sont bien autrement rebelles, et pour ceux qui siégent dans le cordon même, on peut concevoir bien des circonstances qui rendraient la réduction impossible. J'ai déjà rappelé le cas d'un vieil épiplocèle qui avait contracté des adhérences, non pas seulement avec le sac, mais avec deux hernies graisseuses venant de deux points différents de l'abdomen, et qui ne faisaient avec l'épiplocèle qu'une masse unique (1). Certes, la réduction, dans ce cas, aurait bien été impossible, à moins qu'on ne veuille dire que la triple tumeur aurait tou

(1) *Deuxième mémoire sur les étranglements herniaires,* Obs. V.

jours pu être refoulée au-delà de l'anneau. J'ai aussi mentionné un autre cas où le sujet se fatigua du traitement; probablement nous n'eussions rien obtenu, l'épiplocèle ayant tourné à la dégénérescence cancéreuse. Une fois la dégénérescence reconnue, il ne faudrait pas même essayer la réduction.

Lorsque l''épiploon dans le scrotum est enflammé, suppuré, frappé de gangrène, ou bien qu'il a subi des dégénérescences cancéreuses, tuberculeuses, etc.; le diagnostic, toujours fort difficile, s'appuierait sur les signes fournis par l'épiplocèle même, combinés avec ceux de ces diverses altérations. Je ne m'attacherai à discuter les indications, attendu qu'elles ne seraient pas autres que dans les hernies épiploïques de toutes les autres régions.

Paris, impr. de Paul Dupont.